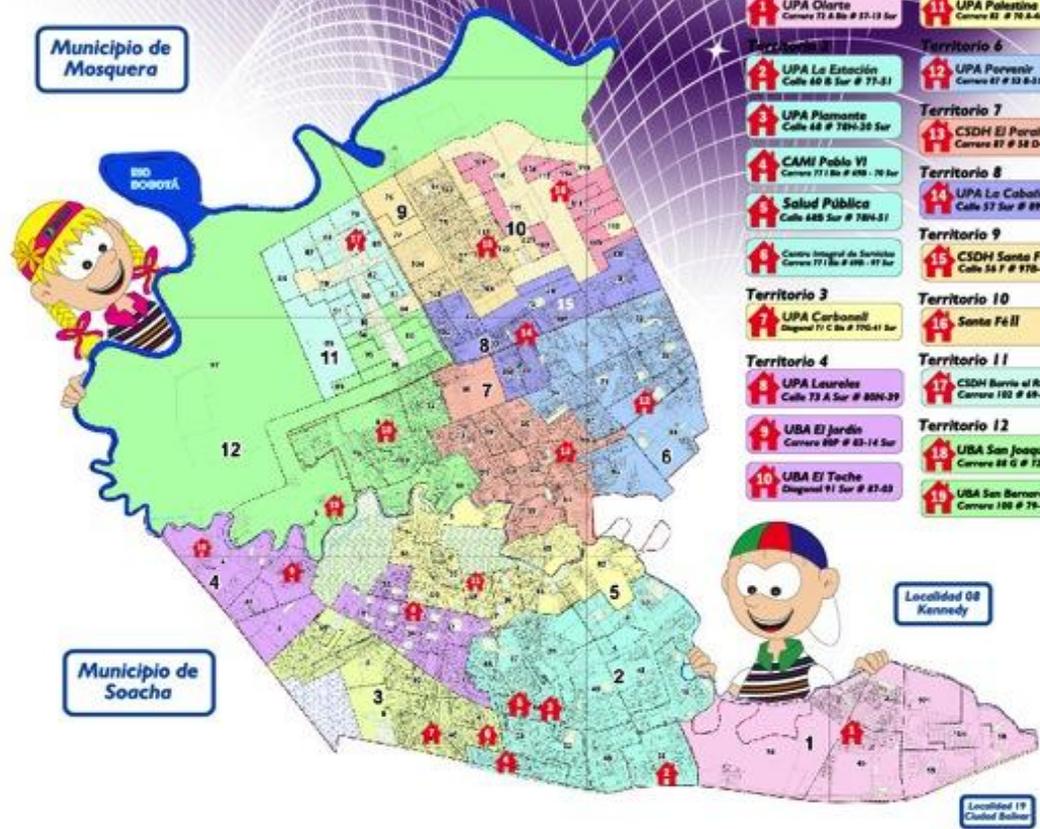




HOSPITAL PABLO VI BOSA
Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa

Municipio de Mosquera



Municipio de Soacha

- Territorio 1**
UPA Olarte
Carrera 72 A Sur # 22-13 Sur
- Territorio 2**
UPA La Estación
Calle 60 B Sur # 77-31
- Territorio 3**
UPA Plamante
Calle 48 # 789-30 Sur
- Territorio 4**
CAMI Pablo VI
Carrera 77 B Sur # 498 - 70 Sur
- Territorio 5**
Salud Pública
Calle 44B Sur # 784-31
- Territorio 6**
Centro Integral de Servicios
Carrera 77 B Sur # 498 - 70 Sur
- Territorio 7**
UPA Carbonell
Diagonal 70 C Sur # 770-41 Sur
- Territorio 8**
UPA Laureles
Calle 73 A Sur # 80N-29
- Territorio 9**
UBA El Jardín
Carrera 80F # 83-14 Sur
- Territorio 10**
UBA El Tache
Diagonal 91 Sur # 87-43
- Territorio 11**
UPA Palestina
Carrera 81 # 70 A-48 Sur
- Territorio 12**
UPA Povenir
Carrera 87 # 33 B-31 Sur
- Territorio 13**
CSDH El Porralo
Carrera 87 # 38 D-49 Sur
- Territorio 14**
UPA La Caballo
Calle 37 Sur # 89B-19
- Territorio 15**
CSDH Santa Fé
Calle 34 F # 97B-27 Sur
- Localidad 08 Kennedy**
Santa Fé II
- Localidad 09 Kennedy**
CSDH Barrio el Recreo
Carrera 102 # 69-21 Sur
- Localidad 10 Kennedy**
UBA San Joaquín
Carrera 88 G # 73A Sur
- Localidad 11 Ciudad Bolívar**
UBA San Bernardino
Carrera 100 # 79-97 Sur

DIAGNOSTICO LOCAL PARTICIPACION SOCIAL LOCALIDAD SEPTIMA DE BOSA 2012



HOSPITAL PABLO VI BOSA
Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa

CRÉDITOS

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.
Gustavo Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud
Aldo Cadena Rojas

Director de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Vigilancia en Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Análisis de Situación de Salud
José Navarrete

Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.El Nivel E.S.E
Gloria Libia Polanía Aguillón
Gerente

Subgerencia de Servicios Asistenciales
Sandra María Bocarejo Hernández

Jefe Oficina Asesora de Planeación
Esperanza Suárez Pico

Líder Territorios Saludables
Johanna Torres
Diana Torres

Equipo Técnico ASIS

Claudia Bonilla Socadagui
Daniel Pinzón Rivas
Andrés Chitiva
Adriana Robles López
Laura Gonzalez

Gestión local

Bernardo Castiblanco Torres
Henry Bohórquez
Angela María Lopez
Diana Paez
Manuel Rodriguez
Monica Ariza
Maribel Cortes
Alejandra Restrepo
Juan Pablo Saiz
Arturo Batista
Yudalvy Muñoz
Ana Carolina Rojas



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



BOGOTÁ
HUMANANA



HOSPITAL PABLO VI BOSA
Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa

Maria Margarita Vargas
Allisson Arcila
Paola Montaña
Marcela Medina
Maria Nelcy Chiguazuque
Hugo Latorre
Fernando Aponte

Vigilancia Ambiental

Dalia Londoño

Vigilancia en Salud Pública

Claudia Beltrán Beltrán
Diana Forero
Lina Barrera Barbosa
Lina María Velandia
Claudia Salinas
Vilma Camacho
Jairo González Martínez
Hugo Rodríguez
Elkin Vasquez

Referentes de Transversalidades,
Referentes de Proyectos de Desarrollo de Autonomía
Referentes de Promoción y Prevención
Comunidad: grupos, organizaciones, comités, mesas y redes locales



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



BOGOTÁ
HUMANANA



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
MARCO CONCEPTUAL	8
MARCO METODOLÓGICO	11
1. Problematicación y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud	14
1.1 Características Geográficas y Ambientales.....	14
1.2 Dinámica territorial.....	16
1.3 Estructura e indicadores poblacionales.....	17
1.4 Perfil Socioeconómico.....	19
1.5 Perfil Salud-Enfermedad.....	26
1.5.1 ETAPA DE CICLO INFANCIA.....	32
1.5.2 ETAPA DE CICLO ADOLESCENCIA.....	38
1.5.3 ETAPA DE CICLO JUVENTUD.....	41
1.5.4 ETAPA DE CICLO ADULTEZ.....	43
1.5.5 ETAPA DE CICLO VEJEZ.....	45
2. Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida	47
2.1 Núcleos problemáticos.....	48
2.1.1. INFANCIA.....	48
2.1.2. ADOLESCENCIA	52
2.1.1. JUVENTUD.....	56
2.1.2. ADULTEZ.....	58
2.1.3. VEJEZ.....	59
3. Análisis de la Respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud de la localidad	62
3.1 INFANCIA.....	62
3.2 ADOLESCENCIA.....	65
3.1 JUVENTUD	67
3.2 ADULTEZ.....	68
3.3 VEJEZ	71
4. Propuestas de respuesta y Recomendaciones.....	74
4.1 INFANCIA.....	75
4.2 ADOLESCENCIA	77
4.3 JUVENTUD.....	78





4.4 ADULTEZ	79
4.4 VEJEZ	81

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población por grupos poblacionales. Localidad Séptima de Bosa. 2012.....	18
Tabla 2. Distribución de afiliación al SGSSS. Localidad séptima Bosa. 2010-2012.....	22
Tabla 3. Diez Primeras causas de mortalidad general y por grupo de edad. Localidad séptima de Bosa. 2010	28
Tabla 4. Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Mortalidad por grupos de edades. Localidad Séptima de Bosa 2010.....	29
Tabla 5. Diez primeras causas de morbilidad por hospitalización por grupos de edad CIE-10. Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E, año 2012	30
Tabla 6. Distribución de afiliación al SGSSS lesiones de causa externa. Localidad séptima Bosa. 2011	31
Tabla 7. Número de casos notificados de violencias en menores entre 0 y 9 años. Localidad Séptima de Bosa 2012.	37
Tabla 8. Distribución del estado de higiene oral por UPZ y grupo de edad. Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E, Año 2012	38
Tabla 9. Número de casos notificados de violencia física por etapa de ciclo vital. Localidad séptima de Bosa. 2012	40
Tabla 10. Distribución de la PCD por etapa de ciclo vital y sexo. Proporción 2012.	40
Tabla 11. Distribución de casos de abuso de sustancias psicoactivas según Localidad y año Bogotá 2010 - 2012	41
Tabla 12. Número de casos de conducta suicida notificados en la etapa de ciclo vital juventud. Localidad séptima de Bosa. 2012.....	43
Tabla 13. Número de casos de conducta suicida notificados en la etapa de ciclo vital adultez. Localidad séptima de Bosa. 2012.....	44
Tabla 14. Número de casos notificados de violencia contra la mujer por etapa de ciclo vital. Localidad séptima de Bosa. 2012.....	44
Tabla 15. Número de casos notificados de violencia en la etapa de ciclo vital vejez. Localidad séptima de Bosa. 2012	46





LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional. Localidad 7 Bosa, 2012.....	18
Gráfica 2. Consolidado de Evento de Brotes en la Localidad de Bosa Año 2010 – 2012	31
Gráfica 3. Tendencia de la Tasa de Mortalidad perinatal comparativo Bosa-Bogotá. 2003 – 2012.....	32
Gráfica 4. Tendencia de la Tasa de Mortalidad infantil comparativo Bosa-Bogotá. 2003 – 2012	33
Gráfica 5. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. Bosa-Bogotá. 2003 – 2012	33
Gráfica 6. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por EDA en menores de cinco años. Bosa- Bogotá. 2003 – 2012	34
Gráfica 7. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por Neumonía en menores de cinco años. Bosa- Bogotá. 2003 – 2012.....	34
Gráfica 8. Tendencia de la Tasa de Mortalidad en menores de cinco años. Bosa- Bogotá. 2003 – 2012.....	35
Gráfica 9. Distribución de tipos de eventos notificados a SIVIGILA. Localidad séptima de Bosa 2012.	37
Gráfica 10. Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna comparativo Bosa-Bogotá. 2003 – 2012	42

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Delimitación, cuerpos de agua, amenazas de inundación.	15
Mapa 2. Organización por UPZ. Localidad séptima de Bosa. 2012.....	17
Mapa 3. Distribución de Equipamientos. Localidad Séptima de Bosa. 2012.....	25
Mapa 4. Casos de violencia en la infancia notificados SIVIM. Localidad Séptima de Bosa. 2012.....	52
Mapa 5. Entidades que responden a la problemática. Localidad Séptima de Bosa. 2012.....	62





INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con Participación Social 2012, es un esfuerzo conjunto en el cual participan la comunidad y las instituciones locales, encaminado a visibilizar la realidad que se vive en la localidad de Bosa, desde un marco de condicionantes sociales (estructurales, particulares y singulares) que determinan la calidad de vida y salud de la comunidad. El documento se construye con los aportes de la comunidad, los equipos de salud de la institución y otras instituciones a nivel local.

Como insumos importantes para éste proceso se contó con los informes de cada uno de los componentes del área de Salud Pública (Vigilancia en Salud Pública, Gestión y Análisis de Políticas y Ámbitos de la Vida Cotidiana). La información recolectada por medio de las unidades de análisis en los diferentes espacios (Sala Situacional, COVE, COVECOM), ejercicios de cartografía social realizados con el apoyo de Participación Social y los relatos de experiencias de vida de la comunidad, lo que permitió contar con miradas o perspectivas diferentes (instituciones y la de la comunidad) que enriquecen sin duda el análisis que se propone en el documento. Se identifican las necesidades institucionales y comunitarias de la localidad con miras a unificar esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de vida y de desarrollo de las y los habitantes. Con ello se espera aportar a la toma de decisiones del nuevo modelo en salud implementado a nivel distrital y por ende en la localidad, así como en el Gobierno Local en donde el centro de la planeación son las personas que habitan en las UPZ (Unidad de Planeación Zonal).

El Diagnóstico con Participación Social 2012 está compuesto por los siguientes capítulos: 1. Problematicación y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, 2. Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida, 3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud en la localidad, 4. Propuestas de respuesta y recomendaciones.





MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, la salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”¹, definición que ha sido objeto de múltiples críticas y revisiones relacionadas con su carácter estático y lineal que desconoce la historia como un elemento de peso en el origen y mantenimiento de las enfermedades en los pueblos.

La transición en la concepción del proceso salud – enfermedad tiene implicaciones en la forma en que se realiza la atención a los individuos, las familias y las comunidades, de esta manera, generan cambios en la mirada de la salud por parte del equipo de atención, que implican cambios sustanciales en el modo de abordar los problemas.

En esta perspectiva éste documento propone comprender la salud como la posibilidad efectiva del desarrollo pleno en sus condiciones y contextos en los que se desarrolla lo que la ubica como una posibilidad de SER². Esta definición, más amplia, dinámica e integradora que la propuesta por la OMS, pretende reconocer la necesidad de un abordaje complejo desde varios actores (no solo el sanitario); además de situar cómo elemento importante a la estructura de la sociedad como eje de transformaciones en la salud de las personas y cómo elemento a transformar para mejorar las condiciones de calidad de vida de las poblaciones.

Enfoque de determinantes sociales

El enfoque de la determinación social asume que las relaciones causa efecto no son las únicas existentes para explicar el proceso salud - enfermedad y que las condiciones que determinan éste se encuentran en interacción (pueden ser causas, efectos o ambas cosas). Integra un componente histórico que ubica en el contexto al individuo, lo que explica cómo pueden aparecer ciertas enfermedades con mayor prevalencia en ciertas poblaciones, lugares y en momentos particulares del tiempo.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud plantea tres dimensiones diferentes (singular, particular y estructural) de la siguiente manera: La dimensión singular, comprende el concepto de salud desde lo individual, es decir que la cotidianidad de los sujetos, los genotipos y fenotipos condicionan su estado de salud³. Por otra parte, la dimensión particular considera la relación entre salud y condiciones de vida provenientes de los grupos sociales en los que se inserta el individuo³. Finalmente, la dimensión estructural refiere que el proceso de salud se desarrolla en un espacio de orden superior, que determina las relaciones entre la sociedad, la cultura y el estado con los individuos que viven en él.





Enfoque poblacional

El enfoque poblacional hace referencia al tránsito de la vida, desde la gestación hasta la muerte. Es un proceso complejo e interdependiente, donde se reconocen cuatro dimensiones: desarrollo físico, desarrollo cognitivo, desarrollo emocional y desarrollo social, en permanente cambio y adaptación a las transformaciones del medio, teniendo en cuenta la edad (que responde tanto a relojes biológicos como a relojes sociales y los contextos social, político, cultural, histórico y económico) con el fin de comprender el desarrollo de las personas.

El ciclo vital no es sinónimo de grupos etarios; por lo tanto, las edades no funcionan como marcadores definitivos, sino como referentes generales. El ciclo vital es entonces “un conjunto de momentos en la historia de una persona dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo”².

Enfoque Diferencial

El enfoque diferencial tiene un hilo conductor entre los derechos humanos de las personas según sus especificidades étnicas, culturales, sociales, de género o generación, de las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan para ejercer estos derechos frente al resto de la sociedad y de las capacidades de resistencia y respuesta social de sus propias comunidades.

Según Donny Meertens, el enfoque diferencial es un “método de análisis que toma en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos. Emplea un análisis de la realidad que pretende hacer visibles las diferentes formas de discriminación contra aquellas poblaciones consideradas diferentes”⁴.

Perspectiva de Género

El género surge como lo menciona Rosa Cobo Bedía⁵ de “la idea que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos si no de construcciones culturales”. Esta aclaración se da para separar el orden biológico excluyente en el que se ha enmarcado el cuerpo de la mujer, únicamente como creadora de vida. El sexo, utilizado indistintamente desde su connotación biológica para designar el género de mujeres y hombres se construye socialmente y explica “el sistema de dominación y subordinación masculina”, como un ejercicio pleno de poder que además se articula o entrelaza estrechamente con otras desigualdades sociales en las que las mujeres también están presentes como son las relativas a la edad, la etnia, el estrato socioeconómico o la clase social, las orientaciones sexuales entre otras; construidas desde un sistema patriarcal (blanco-católico-heterosexual) que determina el orden social.

Enfoque Territorial

El territorio corresponde a un espacio social, un producto social históricamente constituido por la dinámica de los modos de producción. En éste contexto, los cambios del espacio obedecen a los





ajustes que cada modo de producción debe realizar para organizarlo, con el objeto de garantizar su propia reproducción, es decir la organización espacio temporal es creada y recreada para adaptarla a las condiciones del modo de producción, en un escenario de construcción política y confrontación social en el que se involucran las diferencias culturales, de clase, religión, política y de género.

Enfoque de Derechos

La concepción positiva de la salud implica asegurar el goce de los derechos que todas las personas tienen. Tener un enfoque de derechos implica que se reconocen a las personas en su calidad de ciudadanos y ciudadanas, con autonomía y capacidad para decidir sobre su propia existencia. El enfoque de derechos da igual estatus a la reivindicación de derechos vulnerados y a la promoción, prevención y resolución de problemas sanitarios.





MARCO METODOLÓGICO

La construcción de éste documento, representa un proceso investigativo de largo alcance, la creación de una herramienta estratégica para la toma de decisiones en la localidad que se utiliza para explicar las relaciones que se dan entre unas condiciones de salud (entendida como posibilidad efectiva para el desarrollo pleno) y las características biológicas, sociales, geográficas, económicas e históricas que configuran un panorama para cada población.

Paradigma epistemológico

El ejercicio metodológico se sustenta en una epistemología que sirva como punto de partida para abordar el problema que se investiga y que oriente la información que se quiere analizar. El paradigma epistemológico supone asumir una idea de verdad particular sobre la cual se accederá al conocimiento para desde allí explicar la lógica de los resultados.

El paradigma socio-crítico de acuerdo con Arnal⁶ adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa; sus contribuciones se originan, “de los estudios comunitarios y de la investigación participante”. También éste paradigma tiene como objetivo promover una iniciativa de una posible transformación que aporte más adelante a cambios más generalizados, dando respuestas a problemas específicos presentes en el seno de las comunidades⁷.

La teoría crítica dentro de éste ejercicio de diagnóstico se convierte en una forma de explicar y ayudar a fomentar nuevas prácticas de reflexión y de cambio en relación a una problemática que como ya se ha venido mencionando en la mayoría de las ocasiones es invisibilizada. De esta forma, se persigue la emancipación del ser humano que hace parte de la liberación de condiciones que no le permiten hacer parte de un contrato social, generando a su vez un análisis crítico de la sociedad, en el cual deben transformarse pensamientos y repensar la condición de las poblaciones.

Enfoque

El desarrollo de éste documento se enfoca desde una perspectiva cualitativa, que según Estrada⁸, es un componente de desarrollos paradigmáticos para las disciplinas psicosociales que tiene su propia historia, la cual permite comprender cómo su desarrollo ha configurado momentos distintos de una propuesta que se viene transformando significativamente en el marco de un complejo campo de discursos epistemológicos.

Éste enfoque se centra en la lógica interna de la realidad que analiza, para el caso de la localidad de Bosa, sus comunidades y lo que viven; por ello, permite comprender como se vive la salud desde su marco de referencia, posibilitando la flexibilidad y la ruptura de perspectivas y predisposiciones en relación a la pertenencia a la localidad. Así mismo, otro de los rasgos que determinan la importancia del enfoque es que es abierto, por ende no excluye la recolección, el análisis de la información y los





puntos de vista diferentes. Además considera que todos los escenarios y personas son objetos de estudio⁹. En éste sentido, la construcción del documento sin dejar su perspectiva cualitativa para la comprensión de los procesos reconoce e incorpora información estadística o epidemiológica de la localidad que a partir de la perspectiva de la determinación social se integra como elemento central para los análisis y explicaciones que allí se construyen.

Diseño

De acuerdo a los lineamientos de la Estrategia Pedagógica para la Implementación de la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud, éste componente es un insumo fundamental en la formulación y monitoreo de políticas en salud pública, porque se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Lo anterior permite conocer de una manera más cercana el perfil salud – enfermedad de una población, facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud¹⁰.

El marco interpretativo o diseño de éste ejercicio responde al ajuste del ASIS a las particularidades locales y los ejercicios de cartografía social y lectura de realidades tal como se explica en las fichas metodológicas para el desarrollo del Diagnóstico Local que se vienen actualizando desde el año 1998.

Método

La realización del diagnóstico de salud de una comunidad requiere la utilización de una metodología de trabajo, en gran medida coincidente con la de un proyecto de investigación. De acuerdo a Calero¹¹, el desarrollo metodológico de los diagnósticos se puede resumir en cinco fases:

Fase preparatoria

Incluye actividades como: definir el ámbito de la comunidad a estudiar (geográfica y demográficamente), formular los objetivos que se desean alcanzar con el trabajo, seleccionar los instrumentos de medida, decidir los métodos de recogida de datos más apropiados, elaborar protocolos, seleccionar e identificar las fuentes de información, prever los recursos materiales y humanos necesarios, etc.

Fase de recolección de datos

Variará dependiendo del tipo de información a recabar y del método que se utilice para ello. Es, sin duda, la parte más laboriosa del proceso y en la que se suele emplear más tiempo. En esta fase se llevan a cabo las actividades de observación directa, las entrevistas, los trabajos de grupo, la consulta de registros y documentos, la realización de encuestas, etc. Cada una de ellas de acuerdo con su propio protocolo. Para el ejercicio metodológico se utiliza el ASIS y la captura de la información epidemiológica y sectorial de la localidad tanto del orden distrital como del local.





Fase de tratamiento y elaboración

En esta fase se trata de transformar los datos en información. Los cuantitativos se convertirán en información comprensible mediante apoyo informático y tratamiento estadístico, elaborando indicadores y representándolos gráficamente para una mejor lectura. Los datos cualitativos, por su parte, requerirán de un procedimiento basado en el manejo sistemático, en la búsqueda reflexiva y en el esfuerzo de síntesis para descubrir lo realmente importante y enunciarlo con claridad.

Fase de análisis e interpretación

A la vista de toda la información disponible, se trata, en esta fase, de analizarla e interpretarla, de establecer relaciones causales, de valorar diferencias entre la situación real y la deseada, de comparar los resultados con los de otras comunidades de referencia, etc. En éste apartado se realizan los análisis de la determinación de las relaciones territorio - población, ambiente - territorio, producción y consumo y la profundización del análisis territorial.

Fase de conclusiones

Consiste, básicamente, en una descripción de la situación de salud de la comunidad (con el enunciado de sus principales problemas y necesidades), así como de los factores que influyen positiva o negativamente sobre la misma para, a partir de dichas conclusiones, establecer prioridades y formular objetivos de mejora. Éste apartado incluye el análisis de la respuesta y los temas generadores y propuestas.





1. Problemática y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud

1.1 Características Geográficas y Ambientales

La localidad de Bosa cuenta con una extensión total de 2.395,59 hectáreas y se encuentra delimitada al norte por el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy, al sur con la autopista Sur con Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha (Cundinamarca). Al oriente con el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy y al occidente con el río Bogotá y con los municipios de Soacha y Mosquera (Cundinamarca) (Mapa 1).

El sistema hidrográfico de la localidad, se encuentra conformado por las cuencas del río Tunjuelo y El Tintal, así como por las Chucuas (humedales). Además existen una serie de canales que desembocan al río Bogotá como lo son: el canal Tintal, canal Santa Isabel y canal Britalia entre otros. A continuación se describen algunos de los componentes que conforman el sistema hidrográfico:

- Cuenca del río Tunjuelo: Conformada por una zona alta rural y una zona baja, actualmente urbanizada, que se caracteriza por regímenes de alta pluviosidad que producen crecientes de gran magnitud.
- Cuenca del Tintal: Ubicada entre los ríos Fucha y Tunjuelo al occidente del perímetro de servicios hasta el río Bogotá. Recibe las aguas de las urbanizaciones localizadas al oriente de la futura Avenida Cundinamarca. De aquí hacen parte los canales Santa Isabel y Tintal 4 en la UPZ Occidental 84 y Canal Tintal III y 1º primera de Mayo en la UPZ Porvenir 86 que desembocan en el Canal Cundinamarca y posteriormente son bombeados por la estación de Gibraltar al río Bogotá.
- Chucuas o humedales: Se encuentran en las áreas más bajas, en algunas depresiones que permanecen inundadas, dando origen a pequeñas zonas pantanosas y encharcadas, que se observa particularmente en el área cercana a la desembocadura del río Tunjuelo y también en la zona sur occidental de la localidad, frente al barrio Manzanares, entre éste y la vereda San José, en donde se encuentra el Humedal de Potrero Grande¹². Los humedales son característicos en la localidad y se deben a la presencia del río Bogotá y a la Sub-cuenca del río Soacha. Actualmente la localidad cuenta con dos humedales: El Humedal Tibanica y el Humedal la Isla (Mapa 1).

Como zonas de amenaza ambiental se encuentra el río Tunjuelo que deposita sus aguas al río Bogotá y hace parte de uno de los asentamientos humanos más extensos y quizá, con uno de los más altos índices de pobreza y marginalidad de la ciudad. El río Bogotá presenta a cada lado jarillones construidos entre 1980-1981, que fueron diseñados para un periodo de retorno de 10 años ya que el uso del suelo del sector era agrícola. Con el transcurso del tiempo a medida que se ha ido urbanizando esta zona, han sido levantados por sectores y en algunas partes han sufrido deterioros por la





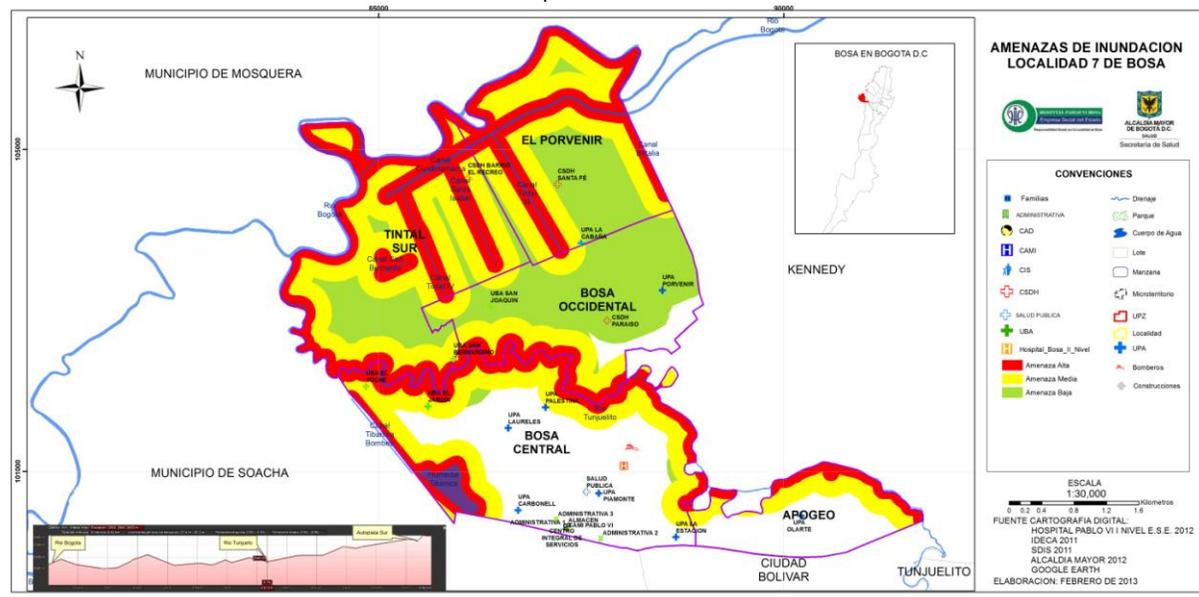
intervención del hombre, razón por la cual existen diferentes niveles de seguridad a lo largo del río. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Bogotá se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: Osorio XXIII, Cañaveralejo, El Recuerdo, Ciudadela el Recreo, San Bernardino XXV, entre otros (Mapa 1).

El río Tunjuelo presenta las mismas características y para el control de inundaciones posee tres estructuras que regulan los caudales en la parte baja. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Tunjuelo se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: San Bernardino XXII, San Bernardino XXIII, La Independencia, San Pedro, Bosa La Paz, entre otros.

La localidad cuenta con zonas de protección ambiental como son los humedales Tibanica, La Isla Chiguazuque reglamentados según la Ley 357 de 1997 y esto se ratifica en la Política de Humedales, evidenciando ausencias claras frente a las acciones que promueve la política en investigación participativa, educación, comunicación y participación, recuperación, protección y compensación, manejo y uso sostenible y gestión interinstitucional. El humedal Tibanica cuenta con 28.8 hectáreas y está considerado como un ecosistema de gran valor natural y cultural, constituido por un cuerpo de agua permanente o estacional de escasa profundidad. Tiene una franja a su alrededor que puede cubrirse por inundaciones periódicas (ronda hidráulica) y una franja de terreno inundable, llamada zona de manejo y preservación ambiental¹³.

Por otro lado, se encuentra el humedal La Isla situado al occidente de la localidad, con una ocupación de 8.1 hectáreas, que fue declarado biológicamente como humedal a través de la resolución 5735 de 2008 emitida por la Secretaría Distrital de Ambiente¹⁴. Sin embargo, la comunidad se encuentra insatisfecha aduciendo que la extensión real es 84.5 hectáreas que contemplan la zona de Campo Verde y Chiguasuque donde Metrovivienda proyecta construir 7.189 viviendas (Mapa 1).

Mapa 1. Delimitación, cuerpos de agua, amenazas de inundación.
Localidad séptima de Bosa. 2012



Fuente: Archivo cartográfico. Hospital Pablo VI. 2012





1.2 Dinámica territorial

Hasta mediados del siglo XX, Bosa era un municipio compuesto por cinco barrios y habitado por no más de 20.000 personas dedicadas en gran parte a la agricultura de subsistencia. Los productos agrícolas que se cultivaban eran principalmente, la cebada, el trigo, la papa y la arveja. Cada familia tenía un terreno en donde construía una o varias viviendas hechas de bahareque y techo de paja extraída del trigo y la cebada. A finales de la década de los cuarenta en el periodo de violencia que desató el asesinato del líder liberal Jorge Eliécer Gaitán, tuvo lugar un movimiento de inmigración campesina de grandes proporciones a los centros urbanos en donde los territorios de municipios cercanos a las capitales, como es el caso de Bosa, fueron el nuevo lugar de habitación para esas familias desplazadas por la violencia que llegaban a la ciudad en busca de mejores oportunidades de vida, por su ubicación periférica como puerta a la capital¹⁵.

A partir de 1954, por medio del Decreto 3640 expedido durante el gobierno del general Gustavo Rojas Pinilla, Bosa es anexada al Distrito Especial de Bogotá. Se da inicio al proceso de parcelación y venta de los pequeños minifundios con miras a satisfacer económicamente lo que ya la agricultura a pequeña escala no lograba. En medio de campos de hortalizas surgen construcciones de nuevos pobladores, enmarcando un “estilo” propio de la localidad. Así mismo, el Estado y particulares negociaron parte de estos predios con miras a intermediar en el proceso de reubicación industrial y con ello hacerse a unos recursos. Algunos de estos lotes no lograron ser ocupados, lo que los convirtió en el escenario de los movimientos “viviendistas” en las décadas de los setentas y ochentas, quienes a través de posesiones “ilegales” e “ilegítimas”, lograron la consolidación de parte de los actuales barrios.

La llegada acelerada de esa gran cantidad de población al territorio, contribuyó a partir de 1960, con la generación de organizaciones comunitarias que inicialmente tuvieron en las comunidades religiosas y en los núcleos juveniles sus principales animadores. Entre 1970 y 1985, Bosa fue escenario de encuentros cívicos, indígenas, religiosos, juveniles, comunales y artísticos de orden local, distrital, departamental y nacional. Desde 1985 hasta la actualidad, la organización y participación ciudadana se ha manifestado con mayor intensidad a través de procesos culturales artísticos y juveniles surgidos de las relaciones barriales, vecinales y estudiantiles.

El surgimiento del movimiento “viviendista” sólo es posible comprenderlo en relación con la clase obrera y los migrantes de “La Violencia” en áreas rurales, quienes por sus perfiles ocupacionales, difícilmente se incorporan al régimen laboral urbano. Otra cara del fenómeno, consiste en la reubicación de población distrital y local marginal mediante el desarrollo de megaproyectos como Metrovivienda, los cuáles han generado nuevos conflictos territoriales, así como el surgimiento de nuevas problemáticas, no sólo en los reubicados sino en algunos de los “razales” de la localidad.

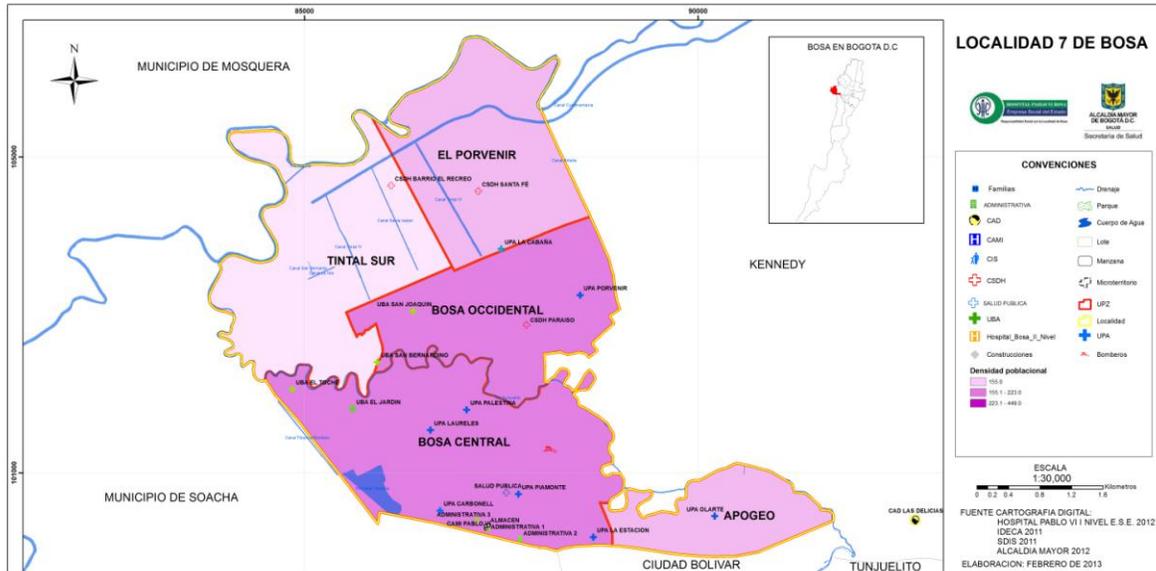
De acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial POT, adoptado en el Decreto 619 del 28 de Julio, la localidad se encuentra compuesta por 5 Unidades de Planeación Zonal (UPZ): UPZ 85 Central, UPZ 84 Occidental, UPZ 86 Porvenir, UPZ 49 Apogeo, UPZ 87 Tintal Sur, las cuales se distribuyen en 330 barrios legalizados por Secretaría de Planeación Distrital. De las 2.395,59 hectáreas de la localidad, la





UPZ de mayor extensión es la Central, la cual abarca el 29,9% (n=716,3 ha) y la de menor extensión es la UPZ Apogeo representando el 8,7% (n=208,4 ha) (Mapa 2).

Mapa 2. Organización por UPZ. Localidad séptima de Bosa. 2012



Fuente: Archivo cartográfico. Hospital Pablo VI. 2012

El territorio de la localidad tiene un área urbana la cual se encuentra constituida por infraestructura vial, redes primarias de energía, acueducto y alcantarillado que hacen posible la urbanización o edificación. De las 1.929,2 ha, existe un 11,9% (n=230,2 ha) protegidas y 21,7% (n=418,3 ha) no urbanizadas, que solamente pueden ser utilizadas mediante planes parciales, siendo el territorio urbanizado 1.510,9 ha, que a su vez contiene 2.853 manzanas.

Una de las grandes dificultades presentes en el POT, corresponde a que ninguna de las unidades anteriores se encuentra tipificada como rural, pese a que en los sectores de Porvenir y Tintal Sur existen predios para uso agropecuario, los cuales han sido declarados como terrenos de expansión y uso urbanizable. Por lo anterior, se sugiere la definición de zonas de transición, con el fin de prevenir conflictos sociales a corto, mediano y largo plazo.

1.3 Estructura e indicadores poblacionales

Para el 2012¹⁶, la localidad de Bosa presenta una densidad urbana de 249,42 habitantes por hectárea, mayor a la que presenta Bogotá con 192 habitantes/ha. En lo referente a las UPZ de la localidad, Bosa Occidental registra la más alta densidad con 385,07 personas/ha, seguido de Bosa Central con 320,50 personas/ha. La menor densidad la registra la UPZ Apogeo con 172,29 personas/ha.

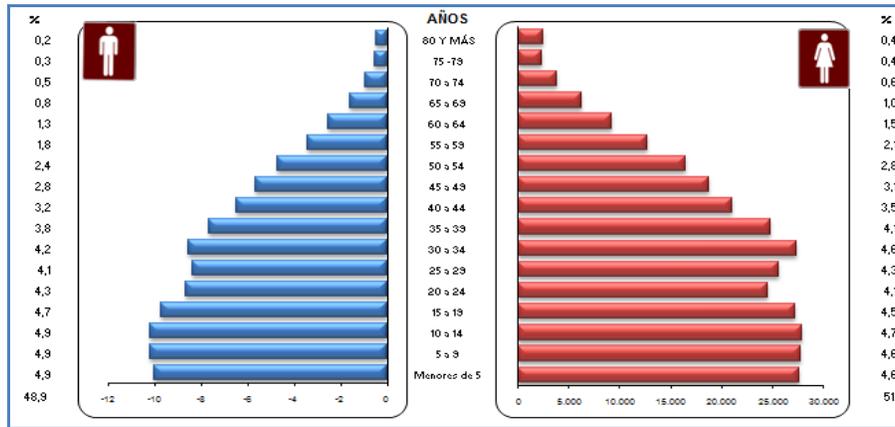
La población de la localidad de Bosa según las proyecciones para el año 2012, es de 597.522 habitantes. La distribución poblacional por género evidencia una mayor representatividad del género





femenino 51,1% principalmente en edades comprendidas entre los 10 y 14 años, presentando un índice de masculinidad de 95,7%¹⁵. La pirámide poblacional de la localidad de Bosa es de tipo progresivo o expansivo, presentando una mayor población en los grupos de edad de infancia y juventud y una cúspide estrecha. Es decir, que se encuentra baja población en edades superiores a los 70 años (Gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide poblacional. Localidad 7 Bosa, 2012



Fuente: DANE – SPD, Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015

El 46,7% de la población de la localidad se encuentra en edades comprendidas entre 25 y 59 años en la etapa de ciclo vital adultez y el 26,7% en la etapa de infancia (0 a 13 años). El grupo de edad de 25 a 59 años representa la fuerza productiva en la localidad y por lo tanto debe contar con condiciones laborales dignas que le permitan gozar de salud. Por su parte, a la etapa de ciclo vital infancia se le debe garantizar el acceso a una educación de calidad que les permita a los niños y las niñas empezar a adquirir los conocimientos necesarios para enfrentar la vida (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población por grupos poblacionales. Localidad Séptima de Bosa. 2012.

Grupo Etapa de Ciclo Vital	Femenino	Masculino	Total general	%
Niños < 1 año	5.485	5.789	11.274	1,9
De 1 a 5 años	27634	29205	56839	9,5
DE 6 A 13 años	44449	46884	91333	15,3
TOTAL INFANCIA	77.568	81.878	159.446	26,7
TOTAL ADOLESCENCIA 14-17 años	22018	22883	44901	7,5
TOTAL JUVENTUD 18-24 años	35246	36564	71810	12,0
TOTAL ADULTEZ 25-59 años	146451	132330	278781	46,7
TOTAL VEJEZ Mayor de 60 años	24063	18521	42584	7,1
TOTAL	305.346	292.176	597.522	100,0

Fuente: DANE – SPD, Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015

La razón de dependencia en la localidad de Bosa en el 2012, establece que por cada 100 personas económicamente activas, con edades comprendidas entre los 15 y 64 años, hay 49 inactivas o





económicamente dependientes. Esta situación evidencia una importante carga económica para la población en edad productiva, pero según la dinámica evidenciada en la localidad se podría establecer que el resultado de éste indicador puede presentar variaciones, ya que existe población menor de 15 años y mayor de 64 que son económicamente productivos.

El indicador anteriormente nombrado se encuentra relacionado con el índice de envejecimiento. Por cada 100 niños, niñas y jóvenes menores de 15 años hay 15 personas mayores de 65 años, ratificando de esta forma una alta presencia de población económicamente dependiente y con necesidades apremiantes por ejemplo en la problemática del abandono y la negligencia que va de la mano con la descomposición familiar, como se ha podido constatar en las visitas domiciliarias realizadas por parte de los equipos de contacto inicial.

De acuerdo a la Secretaría Distrital de Planeación para el quinquenio 2010 – 2015¹⁶, se estima que la esperanza de vida en los hombres será de 72 años, mientras que en las mujeres es de 77 años. En general se espera que para el quinquenio 2010 - 2015 una persona residente en la localidad de Bosa viva 75 años. Al comparar esta información con la distrital, el valor asciende en cerca de tres años para los hombres y dos para las mujeres. Lo anterior deja en evidencia que la población en la etapa de ciclo vital vejez, va a ir aumentando con el tiempo y por lo tanto es necesario fortalecer las actividades de promoción y prevención de enfermedades, brindando de esta forma una mejor calidad de vida a éste grupo.

1.4 Perfil Socioeconómico

Según el perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa del año 2007¹⁷, la tasa de ocupación de Bosa (56%) supera a la de la ciudad (55,1%) y las actividades comerciales que más se desarrollan en la localidad son: comercio, hoteles y restaurantes (30,7%), servicios sociales, comunales y personales (20,5%), industria manufacturera (22,7%), transporte y comunicaciones (10,6%). La tasa de desempleo fue de 10,5%, siendo la cuarta localidad con mayor tasa de desempleo en la ciudad.

De acuerdo al tipo de trabajo el 81,2% de la población ocupada cuenta con un empleo permanente, 16,4% con empleo ocasional y un 2,2% con empleo estacional. Respecto a la posición ocupacional de los empleados que viven en la localidad, el 69,4% son empleados de empresa particular, el 19,3% trabajadores por cuenta propia y empleados domésticos 5,7%. Del total de la población que se encuentra ocupada, el 52,1% cuenta con contrato de trabajo, de los cuales el 69,8% tienen un contrato a término indefinido entre 7 y 12 meses.

Siguiendo con la dinámica de la localidad se encuentra a niños, niñas y jóvenes vinculados tempranamente al mundo laboral debido a la difícil condición económica que atraviesa el núcleo familiar (falta de un empleo bien remunerado capaz de suplir las necesidades básicas como alimentación, vivienda, educación y recreación entre otros). El tema del trabajo infantil ha cobrado fuerza en la medida en que las políticas gubernamentales lo consideran intolerable, ya que no puede ser posible que más niños y niñas abandonen el sistema educativo.





En Bosa los niños y niñas realizan trabajos catalogados como peligrosos, exponiéndose a factores de riesgo que ponen en peligro su vida e integridad. Las labores que priman en la localidad por parte de esta población son el reciclaje y la venta ambulante que se realizan sin la supervisión o acompañamiento del padre o de la madre. Sin embargo, en algunas ocasiones estas actividades incluyen al grupo familiar y mantienen cadenas productivas en condiciones de vulnerabilidad que en oportunidades incluyen a toda una comunidad circundante.

En éste orden de ideas, el coeficiente de GINI es un indicador que nos permite medir la desigualdad de la distribución del ingreso en una sociedad. El indicador para Bogotá, es alto, calificándola como una ciudad con alta inequidad en la distribución del ingreso. El valor estimado para Bosa es de 0,366, el cual la ubica como la de menor desigualdad frente a la concentración de la riqueza en la ciudad. En Bosa el Coeficiente de GINI ha venido en descenso al pasar de 0,406 en 2007 a 0,366 en 2011¹⁶.

Otro indicador que nos muestra un panorama de la parte económica es el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). La localidad de Bosa se ubica en el cuarto lugar con 10.642 hogares “pobres”, es decir el 6,6% del total para la localidad y 728 hogares en condición de “miseria” (0,5% de hogares con dos o más NBI). Esto implica que la medición de pobreza por medio de esta metodología, muestra una situación desfavorable en las condiciones de calidad de vida para los hogares, que se refleja en 1.272 hogares que habitan en viviendas inapropiadas, 4.248 hogares en hacinamiento crítico es decir más de tres personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje), 309 hogares que no cuentan con acceso a servicios públicos vitales y 4.335 hogares con alta dependencia económica¹⁶.

El indicador de NBI por número de personas pobres para el 2011, posiciona a Bosa, en el cuarto lugar con 8,5%. Es decir que 49.414 habitantes de la localidad son pobres y 4.204 personas tienen dos o más NBI, lo cual significa que se encuentran en la miseria. A pesar de que éste indicador ha perdido su capacidad para discriminar situaciones de carencia, continúa siendo la base para la asignación y transferencia de recursos¹⁶. La información citada anteriormente de estos indicadores, es la más actualizada disponible en el momento.

En Bosa la dinámica de poblamiento y urbanización de la localidad ha configurado la actual situación habitacional de los diferentes barrios existentes, presentándose diferentes modalidades y procesos. Uno de ellos es el correspondiente al loteo de haciendas, parcelación y venta de los pequeños minifundios. Las primeras viviendas se edificaron haciendo uso de materiales no convencionales o recuperados por procesos de autoconstrucción comunitaria y no cuentan con las normas de diseño sísmico resistente. Sin embargo, en su mayoría se encuentran legalizados y con todos los servicios públicos.

La segunda modalidad son los proyectos multifamiliares de interés social más recientemente de los que hace parte Metrovivienda. Como última modalidad se encuentran los asentamientos no legalizados que ocupan la ronda del río Tunjuelo y Bogotá donde la totalidad de las viviendas se encuentran construidas en materiales poco resistentes como: tablas, tejas y plástico que en su gran mayoría son habitadas por personas en situación de desplazamiento que desarrollan actividades de reciclaje o cría de animales como pollos, vacas y cerdos.





En la cuantificación de las condiciones de vida para medir la pobreza por ingresos se tiene en cuenta el ingreso per cápita del hogar y el valor de la canasta básica alimentaria. Al medir la línea de pobreza (LP) en hogares para el 2011, el 17,3% de la población del Distrito son “pobres por ingreso”, situación que se centra principalmente en los estratos 1 y 2, que representan el 63% de las personas.

En la localidad de Bosa 146.876 personas perciben un ingreso inferior al valor de la canasta básica ubicándose en el Distrito en el quinto lugar después de Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe. Según el Método Integrado de Pobreza¹⁶ (MIP), el 19,2% de los hogares sufren de pobreza reciente, el 3,2% presentan pobreza inercial y el 2,9% sufren de pobreza crónica. Por otro lado, la línea de indigencia expresa el costo mínimo de una canasta para satisfacer un umbral mínimo de necesidades nutricionales. Éste método se considera indirecto, puesto que el ingreso es un recurso que permite el acceso a bienes y servicios, pero no mide de forma directa el nivel de vida alcanzado. En la localidad se identifican 27.998 personas en indigencia que representa el 4,8% de la población de Bosa.

Otro indicador utilizado para analizar las condiciones de vida de la población asentada en un área de interés, es el Índice de Condiciones de Vida¹⁶ (ICV), el cual se compone de doce características agregadas en cuatro factores; Educación y capital humano, Calidad de la vivienda, Acceso y calidad de los servicios y Tamaño y composición del hogar. El ICV se mide entre 1 y 100, correspondiendo los mayores valores a mejores condiciones de vida. Se puede encontrar nuevamente a Bosa como la tercera localidad con menor índice (88,1%), después de Ciudad Bolívar y Usme. En tres factores no se encontraron diferencias importantes entre las localidades ni de los valores referencia; acceso y calidad de los servicios (27,3%), calidad de la vivienda (12,2%) y tamaño y composición del hogar (16,9%).

El Índice de Desarrollo Humano¹⁶ IDH mide el proceso de la ampliación de las opciones humanas que permite vivir a la gente una vida prolongada y sana, tener educación y acceder a los bienes y servicios necesarios para tener una vida digna; esta valoración se realiza en una escala de 0 a 1, siendo 1 el mayor desarrollo humano posible. El IDH está relacionado con la esperanza de vida, analfabetismo, escolaridad e ingresos. El índice de ingreso 0,752, índice de educación 0,851 y el índice de sobrevivencia de los niños 0,986. Según el Informe de Desarrollo Humano para Bogotá 2008, Bosa ocupa el lugar diecisiete con un índice de 0,863 después de Ciudad Bolívar y Usme. Éste valor sitúa a Bosa en desventaja evidenciándose en menores posibilidades para acceder a trabajo en condiciones dignas, educación con calidad y bienes y servicios que mejoren la calidad de vida de los habitantes.

Bosa cuenta con 597.522 habitantes proyectados para 2012, que representan el 15,2% del total de habitantes de Bogotá. Según los datos de la estratificación en las localidades del distrito, los estratos que predominan en la localidad son el 1 y 2 y en menor proporción el 3. Al analizar el estrato para la población se encuentra que el 87,3% de su población se clasifica en estrato bajo (n=509.008), el 5,10% estrato bajo-bajo (n=29.736), un 2,88% medio-bajo (n=16.792) y un 4,66% sin clasificación de estrato (n=27.170). También cuenta con un total de 3.310 manzanas de las cuales el 11,9% (n=395)



se clasifican sin estrato por tener un uso distinto al residencial, el 10,4% (n=346) corresponden a manzanas en estrato 1, el 75,4% (n=2.495) se encuentran ubicadas en estrato 2, siendo la localidad del distrito con mayor porcentaje para éste estrato y finalmente un 2,2% (n=74) están en estrato tres.

Al analizar la cobertura de servicios públicos por localidad, se encontró que el servicio de acueducto se presta para el 100% de la localidad. Con relación al alcantarillado hay una cobertura del 99,8%, de recolección de basuras 100%, de energía eléctrica 100% y de gas natural 92,5%. Sin embargo, en los barrios que no están legalizados las coberturas pueden llegar a ser inferiores lo cual influye de manera negativa en las condiciones de calidad de vida y salud de los habitantes de la localidad¹⁶.

Con respecto a la oferta educativa, Bosa cuenta con 43 colegios oficiales, distribuidos de la siguiente manera, en la UPZ Central 24 establecimientos, Occidental 12 y Apogeo y El Porvenir con tres cada una. La UPZ Tintal Sur solo cuenta con un colegio oficial. También se ubican 135 colegios no oficiales, distribuidos de la siguiente manera: Central 97 establecimientos, Occidental 38, Apogeo 17, El Porvenir ocho y en Tintal Sur uno.

Las tasas de cobertura bruta contemplan la población matriculada con respecto a la Población en Edad Escolar –PEE-. Durante el año 2010 la PEE fue de 1.619.932 estudiantes de los cuales 1.605.658 se encontraban vinculados a un establecimiento educativo. Para la localidad de Bosa esta tasa es de 102,3%; no obstante, esta cifra puede cambiar, ya que se estima independientemente de la edad, (apropiada o inapropiada) además porque parte de la población matriculada reside en otras localidades o municipios cercanos como Soacha. La tasa de cobertura bruta para la localidad de Bosa se desagrega en 59,2% para la población preescolar, 112,4% para básica primaria, 116,5% para básica secundaria y 91,1% para la media vocacional. Esto puede indicar que las poblaciones de edades entre los 3 y los 5 años se encuentran en una situación de fragilidad frente a esta condición¹⁶.

La población de Bosa está afiliada principalmente al régimen contributivo, porcentaje que asciende al 57% para el 2012 (n=340.511). Este comportamiento puede deberse al incremento de los afiliados a los demás regímenes (contributivo, vinculados y excepción). Por otro lado, es importante continuar trabajando articuladamente en la disminución de las barreras (económicas, sociales, culturales, administrativas, geográficas) de manera tal que se pueda impactar positivamente la calidad de vida y salud de los habitantes (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de afiliación al SGSSS. Localidad séptima Bosa. 2010-2012

Año	Régimen								Total
	Contributivo		Subsidiado		Vinculado		Otros		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
2010	353553	62,1	138143	24,3	62031	10,9	15366	2,7	569093
2011	358579	61,5	143432	24,6	63553	10,9	17492	3	583056
2012	340511	57	133407	22,3	104483	17,5	19121	3,2	597522

Fuente: Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011. Profamilia BDUA - FOSYGA, corte a 31 de enero de 2013



El sistema de equipamientos es el conjunto de espacios y edificios destinados a proveer a los ciudadanos servicios sociales de carácter formativo, de salud, cultura, seguridad, justicia y zonas verdes y parques, así como a prestar apoyo funcional a la administración pública y a los servicios urbanos básicos de la ciudad. La relación de equipamientos por habitante en Bosa es de 13 por cada 10.000 habitantes siendo la tercera localidad más baja en equipamientos del distrito después de Kennedy y Suba (Mapa 3).

El Plan de Equipamiento en Salud se propone continuar un trabajo sectorial que evalúe la equidad espacial, el porcentaje de la población de la localidad de Bosa que utiliza los servicios en la misma localidad, los servicios que se brindan frente al perfil epidemiológico anual y el análisis de vulnerabilidad social. Es importante evaluar la accesibilidad, la estratificación, la población, la densidad poblacional por IPS y la ubicación de los servicios de urgencias. Desde la perspectiva ambiental se deberá evaluar la ubicación de los servicios de salud en relación a los riesgos de inundación y la Red de Emergencias y Desastres.

Según la última información suministrada por la Secretaría Distrital de Planeación¹⁶, que tiene en cuenta la base de datos de Cartografía y Estadística del 2006, la concentración de IPS por UPZ es la siguiente; la UPZ Bosa Central con el 67,6% (140 IPS), UPZ Occidental 23,6% (49 IPS) y en menor proporción la UPZ Apogeo con el 8,7% (18 IPS). En las UPZ Porvenir y Tintal Sur existe un gran déficit de IPS. En Bosa se localizan 207 instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que corresponden a laboratorios, consultorios médicos y odontológicos y centros de salud, entre otros. Al evaluar la ubicación de la IPS primaria de los afiliados al régimen contributivo según datos de la encuesta de caracterización de Salud a su hogar en el año 2006, se encontró que la mayoría (86% aproximadamente) de la población afiliada a éste régimen, es atendida en IPS fuera de la localidad (Mapa 3).

Los equipamientos de cultura corresponden a los espacios, edificaciones y dotaciones destinados a las actividades culturales, custodia, transmisión y conservación del conocimiento, fomento y difusión de la cultura y fortalecimiento de las relaciones y las creencias y los fundamentos de la vida en sociedad. Agrupa entre otros, los teatros, auditorios, centros cívicos, bibliotecas, archivos, centros culturales y museos. Bosa posee un total de 45 equipamientos culturales, dentro de los cuales 43 pertenecen al tipo encuentro y cohesión social, uno corresponde a espacios de expresión y uno a la categoría de memoria y avance cultural¹⁶ (Mapa 3).

Los equipamientos recreativos y deportivos y de parques son las áreas, edificaciones y dotaciones destinadas a la práctica del ejercicio físico, al deporte de alto rendimiento, a la exhibición y a la competencia y actividades deportivas en los medios aficionados y profesionales, así como a la exhibición de espectáculos con propósito recreativo. Agrupa, entre otros, a los estadios, coliseos, polideportivos, clubes deportivos, clubes campestres deportivos y recreativos, hipódromos, autódromos, piscinas, clubes privados e instalaciones privadas que contemplen el deporte como actividad central. En Bosa se localizan dos equipamientos recreativos y deportivos que corresponde a dos coliseos¹⁶ (Mapa 3).





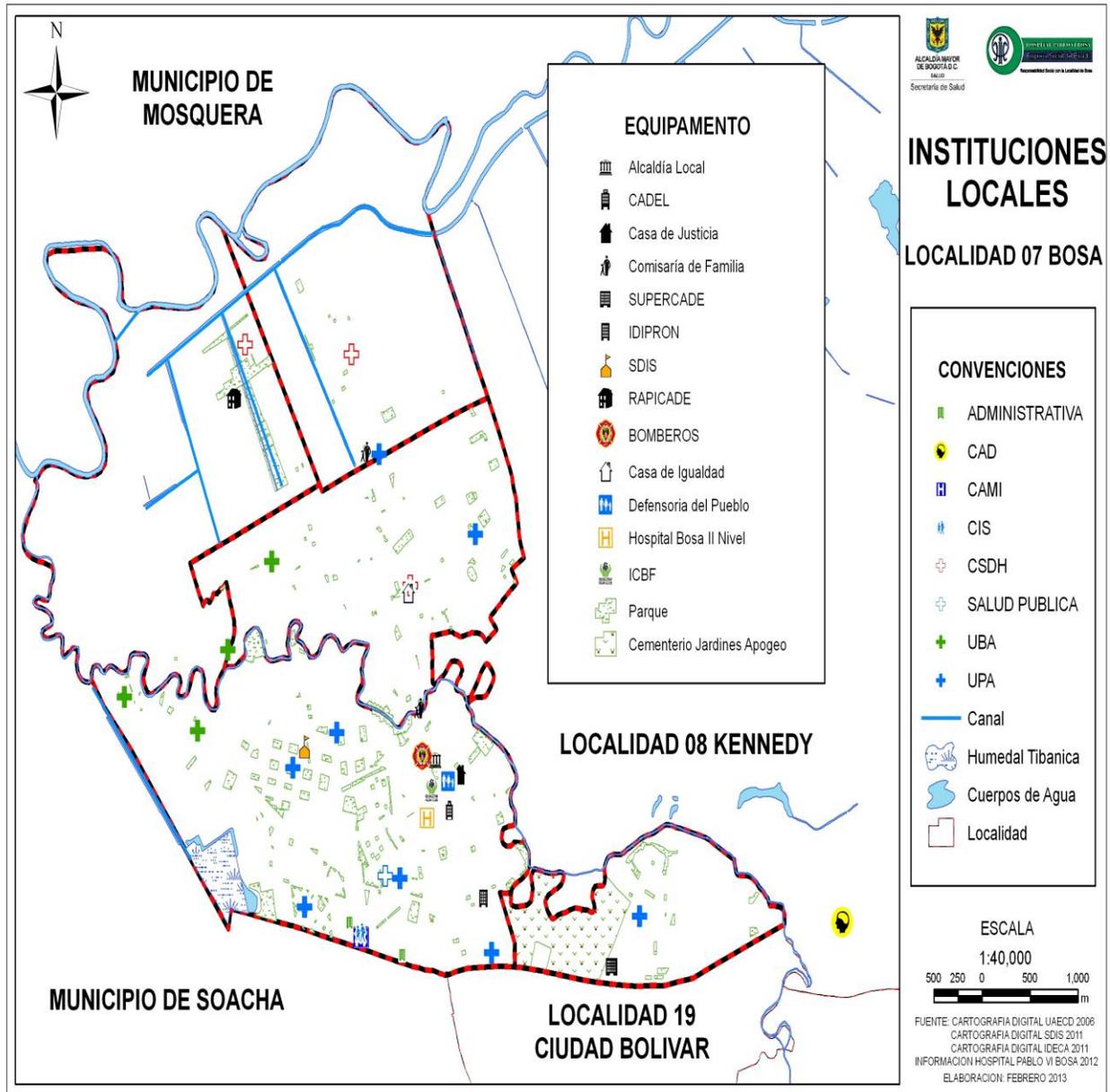
Con respecto a los parques, se localizan 248 parques que suman 1.257.364,4 m², lo que equivale a 2,2 m² por habitante, teniendo en cuenta la población urbana del año 2011. Este indicador es el décimo sexto con respecto al promedio de las localidades y está por debajo del promedio de la ciudad que registra 4,4 m²/hab¹⁶ (Mapa 3).

En Bosa se localizan 430 equipamientos de bienestar social, dentro de los cuales se destacan los destinados a la asistencia básica que representan el 98,4% (n=423). En éste grupo se encuentran los jardines sociales e infantiles, casas vecinales, hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores en edades entre los 0 y 5 años, clasificados entre los estratos 1 y 2¹⁶ (Mapa 3).

En la localidad se encuentra la Casa de Justicia en la cual se atienden los casos de abandono, lesiones personales, violencia intrafamiliar, problemas entre vecinos, inasistencia alimentaria etc. El objetivo de estos centros es orientar a los ciudadanos sobre las alternativas que se ofrecen para resolver los conflictos sin afectar la convivencia ciudadana. Este centro busca impulsar dos proyectos; el primero busca prevenir que los jóvenes sigan por el camino de la delincuencia y el delito a través de talleres y el segundo que propicia un espacio de encuentro y diálogo con las barras bravas existentes en la localidad. Según la coordinación, este centro atiende a 2.000 ciudadanos al mes (Mapa 3).



Mapa 3. Distribución de Equipamientos. Localidad Séptima de Bosa. 2012



Fuente: Archivo cartográfico. Hospital Pablo VI. 2012

1.5 Perfil Salud-Enfermedad

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. Por tal motivo se aborda en el eje de la ocurrencia del suceso en la salud y las dimensiones de persona, espacio y tiempo.

Mortalidad general 2010

De acuerdo al Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, la información oficial más actualizada que se tiene al respecto, corresponde al 2010. De las 1.787 muertes registradas para la localidad la causa más frecuente en el 2010 fue la enfermedad isquémica del corazón, seguida por las enfermedades cerebro vasculares y en tercer lugar se ubicaron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (Tabla 3). Se presenta un comportamiento similar al distrito capital en el cual la principal causa fueron las enfermedades del sistema circulatorio (24.606 muertes), las cuales contemplan las enfermedades isquémicas y cerebro vasculares.

Las mortalidades desde una visión de los determinantes sociales más específicamente desde la dimensión estructural, presentan diferentes perspectivas desde donde se puede hacer el análisis. Por un lado, el modelo de desarrollo capitalista en donde existe una brecha entre ricos y pobres que tiende a aumentar de manera constante y la atención en salud que esta condicionada por los recursos económicos que tenga el individuo. Por ejemplo, es cierto que la política de Salud Sexual y Reproductiva busca que cada individuo asuma su sexualidad de manera responsable y libre, pero la realidad es que existen barreras de acceso a los servicios de salud que no permiten que estos servicios sean universales. Por otro lado, esta el tema de los imaginarios y las creencias de las personas que hacen que no asistan a los servicios de salud (desconfianza de la medicina alopática, recurrencia a los remedios caseros, en el momento del parto se acude a una partera) y que influyen negativamente en la calidad de vida de los habitantes que habitan en la localidad.

Según grupos de edades, se observa que las principales causas de mortalidad en menores de un año son las asociadas a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (32 casos) y las malformaciones congénitas del sistema respiratorio (24 casos), siendo el cuarto grupo que aporta más casos de mortalidad con el 7,6% (n=136). En el grupo de edad de uno a cuatro años las deficiencias nutricionales, epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos presentaron las tasas más altas de mortalidad (0,5 respectivamente) (Tabla 3).

En el grupo de edad de 5 a 14 años las principales causas de muerte en la localidad en el 2010, fueron los accidentes de transporte terrestre, ahogamiento y sumersión accidental (2 casos respectivamente). El grupo de edad 15 a 44 años representa el 18,5% (n=330) de las mortalidades presentadas en la localidad, ocupando el segundo lugar en grupo de edad, que corresponde en gran parte a las etapas de ciclo vital adolescente, juventud y adultez, que murieron principalmente por homicidios y sus secuelas (Tabla 3).



El grupo de edad de 45 a 59 años es el tercer grupo con el mayor número de mortalidades en el año 2010 (n=297), siendo la principal causa las enfermedades isquémicas del corazón (16.6%). Por último, el grupo que más aporta con un mayor número de casos a la mortalidad general es el de 60 años en adelante (n=989) con el 55,3% del total de las muertes ocurridas en 2010, siendo la causa principal de mortalidad las enfermedades isquémicas del corazón, igual que el grupo anterior (Tabla 3).





Tabla 3. Diez Primeras causas de mortalidad general y por grupo de edad. Localidad séptima de Bosa. 2010

Grupo de edad	Orden	CAUSA	NUMERO	TASA	
Mortalidad general	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	209	3,7	
	2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	118	2,1	
	3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	111	2	
	4	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	110	1,9	
	5	1-041 Diabetes mellitus	82	1,4	
	6	1-050 Enfermedades hipertensivas	57	1	
	7	1-013 Tumor maligno del estómago	55	1	
	8	1-059 Neumonía	47	0,8	
	9	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea,recto y ano	38	0,7	
	10	1-090 Accidentes de transporte de motor	36	0,6	
			Resto de causas	924	16,2
Total			1787	31,4	
Menores de un año	1	1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	32	29,5	
	2	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	24	22,1	
	3	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	17	15,7	
	4	1-059 Neumonía	12	11,1	
	5	1-084 Infecciones específicas del periodo perinatal	9	8,3	
	6	1-079 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	6	5,5	
	7	1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	6	5,5	
	8	1-074 Insuficiencia renal	2	1,8	
	9	1-083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	2	1,8	
	10	1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	1,8	
			Resto de causas	24	22,1
Total			136	125,3	
De uno a cuatro años	1	1-042 Deficiencias nutricionales	2	0,5	
	2	1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	2	0,5	
	3	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	1	0,2	
	4	1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartilagos articulares	1	0,2	
	5	1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1	0,2	
	6	1-054 Insuficiencia cardiaca	1	0,2	
	7	1-059 Neumonía	1	0,2	
	8	1-083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	1	0,2	
	9	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1	0,2	
	10	1-093 Caídas	1	0,2	
			Resto de causas	4	0,9
Total			16	3,6	
De 5 a 14 años	1	1-091 Otros accidentes de transporte terrestre	2	0,2	
	2	1-095 Ahogamiento y sumersión accidentales	2	0,2	
	3	1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1	0,1	
	4	1-059 Neumonía	1	0,1	
	5	1-068 Enteritis, colitis no infecciosa y otras enfermedades de los intestinos	1	0,1	
	6	1-073 Enfermedades glomerulares y túbulo intersticiales	1	0,1	
	7	1-090 Accidentes de transporte de motor	1	0,1	
	8	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	1	0,1	
	9			0	
	10			0	
			Resto de causas	9	0,8
Total			19	1,7	
De 15 a 44 años	1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	103	3,7	
	2	1-090 Accidentes de transporte de motor	24	0,9	
	3	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	15	0,5	
	4	1-100 Lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	15	0,5	
	5	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	9	0,3	
	6	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	8	0,3	
	7	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	7	0,2	
	8	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	7	0,2	
	9	1-041 Diabetes Mellitus	6	0,2	
	10	1-093 Caídas	6	0,2	
			Resto de causas	130	4,6
Total			330	11,7	
De 45 a 59 años	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	36	4,4	
	2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	19	2,3	
	3	1-041 Diabetes mellitus	17	2,1	
	4	1-013 Tumor maligno del estómago	14	1,7	
	5	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	11	1,4	
	6	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea,recto y ano	10	1,2	
	7	1-066 Enfermedades del hígado	10	1,2	
	8	1-027 Tumor maligno del ovario	8	1,0	
	9	1-050 Enfermedades hipertensivas	8	1,0	
	10	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	8	1,0	
			Resto de causas	156	19,2
Total			297	36,5	
De 60 años o más	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	166	44,2	
	2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	102	27,1	
	3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	91	24,2	
	4	1-041 Diabetes mellitus	59	15,7	
	5	1-050 Enfermedades hipertensivas	48	12,8	
	6	1-013 Tumor maligno del estómago	37	9,8	
	7	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea,recto y ano	23	6,1	
	8	1-059 Neumonía	22	5,9	
	9	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	21	5,6	
	10	1-074 Insuficiencia renal	21	5,6	
			Resto de causas	399	106,2
Total			989	263,2	

Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Fuente 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. TASA * 10.000 Habitantes. Fecha actualización: Enero 2013





Los Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP, son una medida de carga de la enfermedad para la sociedad, que permite establecer el impacto que tienen las diferentes causas de muerte sobre la población y a la vez posibilita el direccionamiento y la evaluación de las acciones en salud. El número de años que pudo haber vivido la población, dadas las tasas de mortalidad específicas para cada edad, representado por los AVPP que para el año 2010 en la localidad de Bosa se calcula en 34.329.

Con respecto a los límites de los AVPP, se observa que la mortalidad en niños y niñas menores de un año en la mayoría de los casos se debe a causas específicas de esa edad que generalmente no tienen nada que ver con las defunciones de otros grupos de edades. De acuerdo a lo expuesto anteriormente, es posible establecer que el grupo de menores de un año presenta una esperanza de vida superior a los demás, en donde se perdieron más años de vida a diferencia del grupo de persona mayor (69 a 100 años de edad), en donde no se perdieron años de vida, dado que éste grupo presenta una mayor probabilidad de muerte. En general se puede afirmar, que se perdieron 34.329 años de vida en la localidad para el año 2010, años que pudieron ser productivos para el desarrollo de la comunidad y de la sociedad (Tabla 4).

Tabla 4. Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Mortalidad por grupos de edades. Localidad Séptima de Bosa 2010

GRUPO DE EDAD	EDAD MEDIA DEL GRUPO	EDAD MEDIA DEL GRUPO EN AÑOS	NUMERO DE MUERTES	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	AVPP
MENORES DE 1 AÑO	6,5	0,54	136	74,4	10118
DE 1 A 4 AÑOS	2,5	2,5	16	72,44	1159
DE 5 A 14 AÑOS	9,5	9,5	19	65,44	1243
DE 15 A 44 AÑOS	29,5	29,5	330	45,44	14995
DE 45 A 59 AÑOS	52	52	297	22,94	6813
DE 60 A 100 AÑOS	80	80	989	0	0
TOTAL			1787		34329

Fuente: Certificado de Defunción.-Bases de datos DANE y RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales

La Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos RAVPP, en la localidad de Bosa, en el año 2010, presenta que por cada 1.000 habitantes, se perdieron 57 años de vida (El cálculo de los AVPP e IAVPP se realiza teniendo en cuenta la disponibilidad de información oficial a año 2010 suministrada por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de salud pública, área análisis y políticas).

Con relación a los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), en la actualidad no se cuenta con las bases de datos de las mortalidades asociadas a la misma en el nivel local, las cuales son el insumo para obtener este dato.





Morbilidad

Los reportes de morbilidad que se presentan a continuación se obtuvieron del registro Individual de prestación de servicios RIPS (Registro individual de Prestación de servicios) generados en los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias durante el año 2012 en el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE (lo cual no indica que sea un diagnóstico por individuo atendido en la institución, ya que un mismo usuario puede consultar varias veces al año por diferente causalidad). De acuerdo a lo anterior, no es posible hacer algunos análisis como por ejemplo, por régimen de aseguramiento al sistema de seguridad social.

El Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE cuenta con ocho UPAS, cuatro UBAS, dos Centros de Salud y Desarrollo Humano CSDH y 1 CAMI en los cuales se atendieron 375.144 servicios en el año 2012, de las cuales el 88,1% (n=330.441) corresponden a consulta externa, 11,3% (n=42.557) a urgencias y 0,6% (n=2.146) a hospitalización.

Para los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa se identificaron las 10 primeras causas de morbilidad por grupo de edad y sexo. El principal diagnóstico de consulta externa fue la hipertensión arterial (Tabla 5).

Tabla 5. Diez primeras causas de morbilidad por hospitalización por grupos de edad CIE-10. Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E, año 2012

Diagnóstico	Menores de 1 año		De 1 año a 4 años		De 5 años a 14 años		De 15 años a 44 años		De 45 años a 59 años		Mayores de 60 años		Total Atenciones
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	0	0	0	0	1982	5073	2705	10088	8855	25507	48853
J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRADO COMUN)	907	974	3945	3313	1845	1814	509	1413					15874
K021 CARIES DE LA DENTINA	0	0	540	536	2110	2203	1982	5073	690	1618	287	397	15436
R688 OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	475	511	1347	1342	1195	1266	756	1612	0	0	0	0	9309
N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS* SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	172	628	226	3083	150	962	234	829	6817
B829 PARASITOSIS INTESTINAL* SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	600	633	1593	1667	0	0	0	0	0	0	6225
R51X CEFALEA	0	0	0	0	355	593	471	2710	201	818	0	0	5670
A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	153	158	1277	1126	0	0	0	0	0	0	0	0	5057
M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	657	1338	417	994	326	584	4407
K297 GASTRITIS* NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	504	1721	350	836	243	411	4352
J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRADO COMUN)	493	505	584	501	59	68	0	0	0	0	0	0	2448
A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	152	142	608	566	114	126	0	0	30	108	0	0	2409
R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	29	33	0	0	93	158	200	1065	52	156	65	116	2031
N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS* SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	43	152	32	144	56	1029	28	157	85	165	1910
J219 BRONQUIOLITIS AGUDA* NO ESPECIFICADA	289	241	656	507	0	0	0	0	0	0	0	0	1752
J039 AMIGDALITIS AGUDA* NO ESPECIFICADA	0	0	462	420	178	186	0	0	0	0	0	0	1660
R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	0	0	0	0	53	98	127	981	31	108	0	0	1508
R509 FIEBRE* NO ESPECIFICADA	113	112	346	417	101	110	0	0	0	0	0	0	1366
R11X NAUSEA Y VOMITO	80	59	228	242	72	73	0	0	0	0	0	0	956
R51X CEFALEA	0	0	0	0	0	0	56	624	31	96	0	0	951
O800 PARTO UNICO ESPONTANEO* PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	0	0	0	0	0	0	0	318	0	0	0	0	318
J219 BRONQUIOLITIS AGUDA* NO ESPECIFICADA	42	38	92	75	2	4	0	0	0	0	0	0	256
O809 PARTO UNICO ESPONTANEO* SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0	0	0	0	0	0	217	0	0	0	0	217
N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS* SITIO NO ESPECIFICADO	0	0	8	46	2	16	5	37	11	11	11	11	203
J441 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA* NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	11	3	11	3	103
J159 NEUMONIA BACTERIANA* NO ESPECIFICADA	0	0	9	15	6	5	4	11	6	5	6	5	82
J189 NEUMONIA* NO ESPECIFICADA	2	2	14	10	1	4	0	0	2	5	2	5	71
L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	0	0	0	0	0	0	20	6	11	9	0	0	69
J440 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	3	7	65
O620 CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS	0	0	0	0	0	0	0	57	0	0	0	0	57

Fuente: RIPS Registro individual de Prestación de servicios Hospital Pablo VI Bosa 2012



Lesiones de Causa Externa

Para la localidad de Bosa, la última información disponible para las lesiones de causa externa corresponde al 2011. Por distribución de regímenes de afiliación y etapas de ciclo vital, en la infancia es donde se presentaron la mayoría de los casos para este año (n=135) y en segundo lugar se ubica la etapa adultez. Dentro del régimen de afiliación el mayor número de casos se presentaron con afiliación al régimen contributivo (n=2249) (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de afiliación al SGSSS lesiones de causa externa. Localidad séptima Bosa. 2011

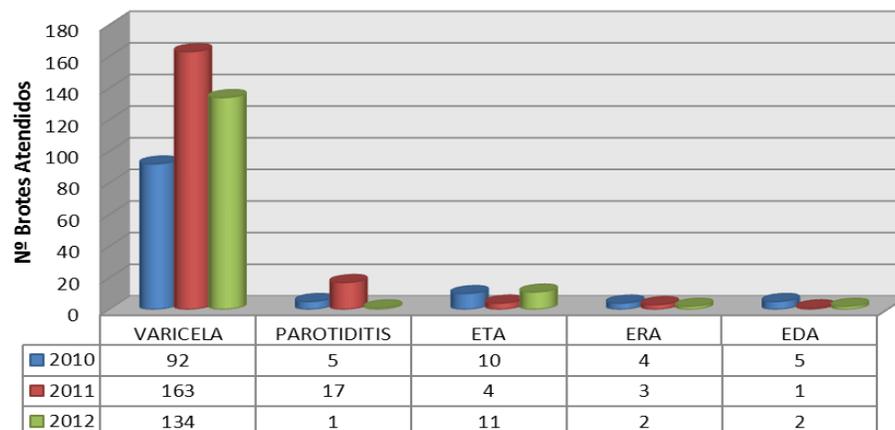
CICLO VITAL	AFILIACION						TOTAL
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Vinculado	Sin Dato	
Infancia	94	2	5		4	30	135
Adolescencia	39	1	6			6	52
Juventud	32	1	4	1	3	5	46
Adultez	59	4	6		2	13	84
Vejez			2				2
Total general	224	8	23	1	9	54	319

Fuente: Base 2011 lesiones de causa externa. Secretaría Distrital de Salud

Urgencias y Emergencias 2012

Los brotes que se presentan con mayor frecuencia en la localidad de Bosa son los de varicela con 134 eventos, seguido por parotiditis y enfermedades transmitidas por alimentos (ETA). Se evidencia además la disminución en el número de brotes en el 2012 (n=150) con respecto al 2011 (n=188), siendo los más prevalentes los de varicela y parotiditis. Por el contrario los brotes de ETA aumentaron en 63,3% (con 11 casos) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Consolidado de Evento de Brotes en la Localidad de Bosa Año 2010 – 2012



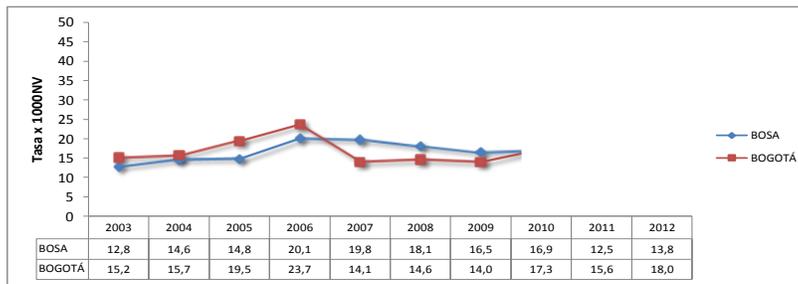
Fuente: Bases Urgencias y Emergencias Hospital Pablo VI Bosa años 2010 – 201

1.5.1 ETAPA DE CICLO INFANCIA

Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal en la localidad de Bosa ha venido en descenso desde el 2006, a excepción del 2012, donde se presentó un incremento del 10,4% con respecto al 2011. Para el año 2012 se presentaron 142 casos, obteniendo así una tasa de mortalidad perinatal de 13,8 por cada 1.000 nacidos vivos mientras que en el 2011 la tasa fue de 12,5 por cada 1.000. En el distrito se observa también una tendencia hacia el incremento de la tasa durante los dos últimos años. Cuando se revisa el cumplimiento de la meta propuesta de reducir la tasa de mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos, se presenta el cumplimiento a nivel local. No obstante es necesario continuar con estrategias que busquen el bienestar materno y perinatal (Gráfica 3).

Gráfica 3. Tendencia de la Tasa de Mortalidad perinatal comparativo Bosa-Bogotá. 2003 – 2012

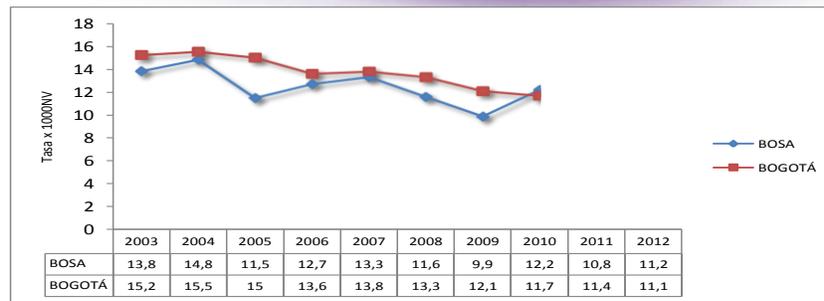


Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2003 - 2007) y Preliminares (2008 - 2012).

Mortalidad Infantil

El comportamiento de tendencia de la tasa de mortalidad infantil durante los diez años analizados en el distrito es hacia la baja mientras que para Bosa dicho comportamiento es oscilante, con picos en los años 2004, 2007, 2010 y 2012. En la localidad en el año 2012 se presentaron 115 muertes en menores de un año, obteniendo una tasa de mortalidad infantil de 11,2 por 1.000 nacidos vivos. La meta propuesta para esta mortalidad es de reducir la mortalidad infantil a 8 por cada 1.000 nacidos vivos, evidenciándose el incumplimiento a la meta trazada, tanto a nivel local como distrital, por lo que es necesario continuar fortaleciendo todas las estrategias sectoriales dirigidas a la niñez y a la familia. Con respecto al régimen de afiliación se destaca que el 55,7% de las muertes infantiles ocurrieron en el régimen contributivo (n=64), el 26,9% en el subsidiado (n=31), el 17,4% en el vinculado (n=20) (Gráfica 4).

Gráfica 4. Tendencia de la Tasa de Mortalidad infantil comparativo Bosa-Bogotá. 2003 – 2012



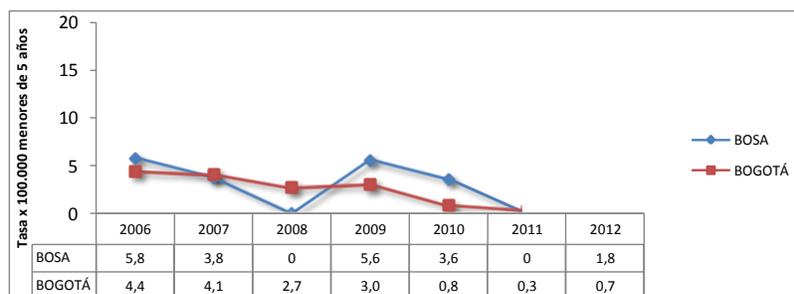
Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2003 - 2007) y Preliminares (2008 - 2012).

Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

A nivel local se presentó una muerte por desnutrición en una niña menor de dos meses, cuyo certificado de defunción ingresó desde medicina legal con régimen de afiliación al SGSSS, subsidiado (Caprecom); registrando como causa básica de defunción desnutrición proteico calórica severa no especificada. Dentro de la investigación epidemiológica de campo se evidenciaron dificultades en el acceso a servicios por parte de la familia, debido a que el barrio no cuenta con vías de acceso al domicilio pavimentadas y no existe circulación de vehículos de transporte público a menos de dos cuadras de la vivienda. El barrio Villa Ema corresponde a una zona marginal de la localidad, se encuentra en el sector donde se realiza actividad de lavado de costales y donde se encuentran una gran cantidad de vehículos de tracción animal de propiedad de las personas que residen en éste sector y esta rodeado de lotes baldíos, algunos con áreas de agricultura. La presencia de éste caso, otorga incumplimiento a la meta del Plan de Desarrollo de reducir a 1,5 la tasa de mortalidad por cada 100.000 menores de 5 años (Gráfica 5).

Se puede evidenciar con el caso expuesto, que a pesar de que existe una política pública para la protección de los derechos de la infancia, los niños y las niñas se siguen muriendo debido a que no se les garantiza el derecho a una alimentación de calidad.

Gráfica 5. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. Bosa-Bogotá. 2003 – 2012



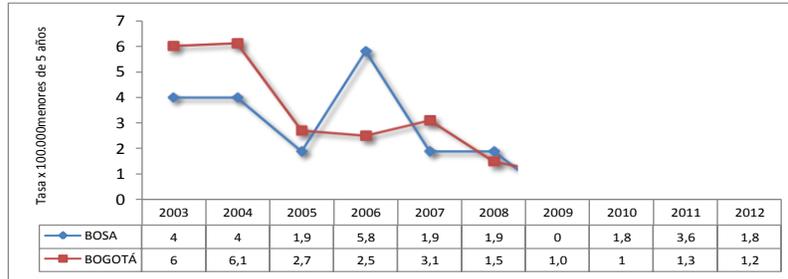
Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2006 - 2007) y Preliminares (2008 - 2012).



Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años

En el año 2012 se presentó un caso de mortalidad por EDA en menores de 5 años residente en la localidad de Bosa, obteniendo una tasa de 1,8 por cada 100.000 menores de 5 años. Por lo anterior, se denota incumplimiento de la meta propuesta en el nuevo plan de desarrollo (reducir la tasa a 1 por cada 100.000 menores de cinco años) (Gráfica 6).

Gráfica 6. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por EDA en menores de cinco años. Bosa- Bogotá. 2003 – 2012

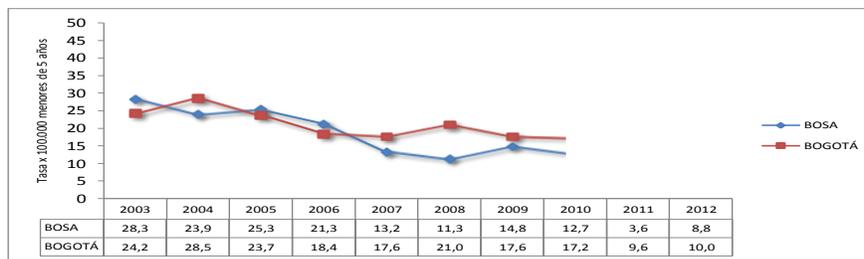


Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAUF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2003 - 2007) y Preliminares (2008 - 2012).

Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años

La tasa de mortalidad por neumonía en la localidad de Bosa ha disminuido desde el 2003, siendo la presentada en el año 2011 la más baja (3,6 por 100.000 menores de cinco años). Sin embargo, para el 2012 la tasa incrementó en un 144% con respecto al 2011. El 60% de los casos se presentaron en la UPZ Central y el 40% restante en las UPZ Occidental y Tintal Sur (20% cada una). Con respecto a la afiliación en salud el 80% (n=4) de los casos son contributivos y (Saludcoop, Sura, Famisanar y Nueva EPS), el 20% (n=1) restante es vinculado (Gráfica 7).

Gráfica 7. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por Neumonía en menores de cinco años. Bosa- Bogotá. 2003 – 2012



Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAUF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2003 - 2007) y Preliminares (2008 - 2012).

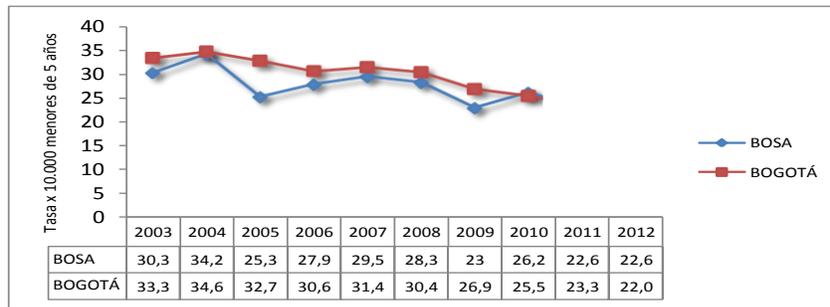




Mortalidad en menores de 5 años

Para el 2012 ocurrieron 128 mortalidades en menores de cinco años en la localidad, que representa una tasa de 22,6 por cada 10.000 menores de cinco años. Lo anterior, está relacionado con el fortalecimiento de los procesos de promoción y prevención, la implementación de las salas ERA, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan un tratamiento adecuado de los niños y niñas enfermos, la estandarización del tratamiento para los trabajadores de la salud, así como la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia – con la estrategia atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia – AIEPI, el aumento de coberturas en vacunación entre otros. Sin embargo, se han detectado otros determinantes como el desconocimiento existente de los signos de alarma para la enfermedad diarreica y respiratoria, así como las barreras de acceso, económicas, geográficas y culturales a los servicios de salud que también han influido en dicho comportamiento. La meta de reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, no se cumplió en el año 2012 a nivel distrital y local (Gráfica 8).

Gráfica 8. Tendencia de la Tasa de Mortalidad en menores de cinco años. Bosa- Bogotá. 2003 – 2012



Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2003 - 2007) y Preliminares (2008 - 2012).

Mortalidad por eventos prevenibles con vacunación

El programa ampliado de inmunizaciones PAI, busca la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles, siendo así la mejor estrategia costo efectiva para la reducción de la incidencia y mortalidad de este tipo de enfermedades. Para la localidad de Bosa, en el año 2012, no se presentaron mortalidades relacionadas con la vacunación y se lograron coberturas de vacunación superiores al 90%. La cobertura para el biológico del virus del papiloma Humano (VPH), fue del 96.5% para la primera dosis, 95.8% en segundas dosis y para terceras dosis 88.8%. Durante éste periodo fueron reportados tres Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).

Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional SISVAN

El bajo peso al nacer (BPN), en relación con el Distrito Capital, la localidad de Bosa reporta alta prevalencia, superando en 0,8 % la proporción de nacimientos del total del Bogotá para el año 2012. De acuerdo con la serie de nacimientos y casos de BPN en los últimos 10 años la prevalencia de





este evento ha aumentado progresivamente en la localidad, pasando de 10,3% en el año 2000 a 12,7% en 2012. Se observó mayor prevalencia del evento BPN en las UPZ El Porvenir, Central y Tintal Sur, la UPZ con la proporción más baja de casos fue la Occidental, una de las que más nacimientos reportó para el año.

El 23.9 % (n=923) de los menores de 5 años de la Localidad presentó retraso en talla (según los patrones de crecimiento de la OMS), de ellos el 5,5% se encontró en el rango de < -3 DE. El 34% de la población se encontró en riesgo de déficit. Las cifras encontradas están por encima del promedio nacional reportado en la ENSIN 2010, en la que el retraso en talla está en 13,2%, la DNT crónica severa está en 3% y el riesgo en 30,2%. Lo anterior evidencia que con un riesgo mayor al 30% en este indicador nutricional, se requiere el seguimiento en el tiempo para vigilar su tendencia. Las prevalencias más altas de retraso en talla se concentraron en las UPZ Central y Occidental, al igual que el déficit severo.

A nivel Local el 4% de los menores de 5 años presentó bajo peso para la edad y 0,6% desnutrición global severa. Para efecto de la propuesta de la OMS de los propósitos de vigilancia ésta prevalencia resulta baja ($< 10\%$), en todo caso deberían tenerse en cuenta variables de tipo social y demográfico para ahondar en el análisis de este indicador. El riesgo de desnutrición global de la Localidad se ubicó en 22,9%. La prevalencia observada para la localidad resulta mayor a la nacional (3,4%) según la ENSIN 2010, la desnutrición severa local mostró igual prevalencia a la del país. En cuanto a distribución por UPZ las prevalencias más altas de DNT Global se encontraron en las UPZ Central y Occidental, y la más baja en Tintal Sur.

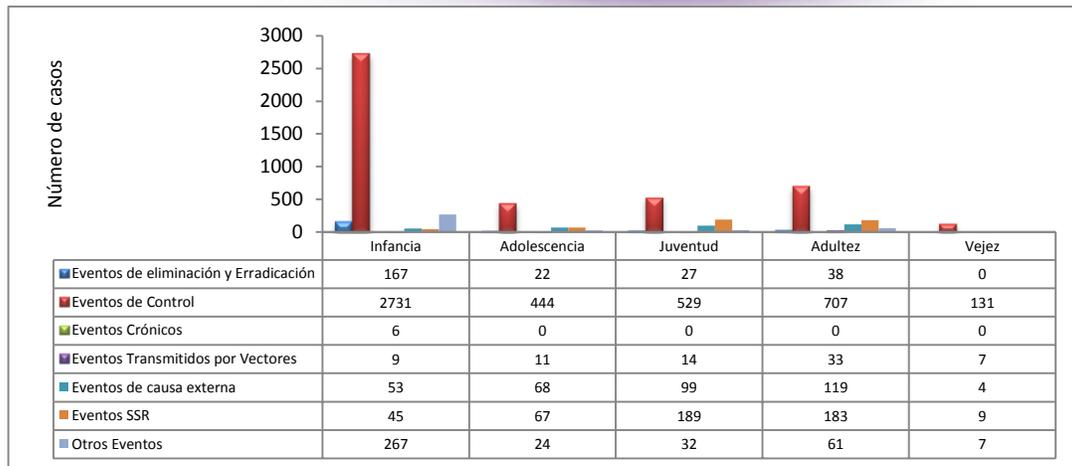
Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA

La Red de Vigilancia en Salud Pública de la localidad de Bosa cuenta con 30 UPGD activas al sistema, cuatro unidades informadoras y 10 unidades potenciales. El Hospital Pablo VI Bosa ESE cuenta con 12 unidades de atención, estas son: 1 CAMI, 7 UPAS y 4 UBAS, el resto de unidades de atención, externas al Hospital, también prestan servicios de bajo nivel de complejidad, excepto el Hospital Bosa II nivel E.S.E., localizadas en su mayoría en la UPZ Central, de más densidad geografía y mayor número de zonas comerciales.

En la etapa de ciclo vital infancia los eventos de control (2731 casos) son los más notificados seguido de los eventos de eliminación y erradicación los cuales son sarampión, rubeola, parálisis flácida y sífilis congénita (167 casos) (Gráfica 9).



Gráfica 9. Distribución de tipos de eventos notificados a SIVIGILA. Localidad séptima de Bosa 2012.



Fuente: Base de datos SIVIGILA distrital. Secretaria Distrital de Salud. 2012.

Salud mental

De acuerdo al SIVIM (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual) el tipo de violencia con mayor prevalencia durante el año 2012 fue la emocional (4.211 casos), seguida de la negligencia y violencia física. Para la etapa de ciclo vital de infancia se presenta con mayor frecuencia éste tipo de violencias. Cabe resaltar que durante el 2012 hubo una disminución en la notificación de violencias en la localidad pasando de 4.901 casos notificados del 2011 a 4.278 en el 2012. En las edades de 0 a 9 años se notificaron 1.474 casos de violencia emocional seguida de la negligencia con 1.099 casos (Tabla 7).

Tabla 7. Número de casos notificados de violencias en menores entre 0 y 9 años. Localidad Séptima de Bosa 2012.

GÉNERO	FÍSICA	EMOCIONAL	ABUSO SEXUAL	ECONÓMICA	NEGLIGENCIA	ABANDONO
Femenino	77	717	126	37	511	93
Masculino	70	757	75	33	588	107
TOTAL	147	1474	201	70	1099	200

Fuente: Base de datos SIVIM 2012, Hospital Pablo VI Bosa

Sistema de Vigilancia de la Salud Oral SISVESO

Del total de población reportada en la vigilancia centinela al Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO) correspondiente al año 2012, la UPZ donde se ubicó el mayor número de personas es la UPZ 85 Bosa Central con un equivalente del 34,54% (n=1.017), la UPZ de la localidad que presentó menor número de personas es la 87 Tintal Sur con el 4,21% (n=124). Para la etapa de ciclo vital infancia fueron reportados como deficiente higiene oral 790 casos, siendo el mayor número para la etapa (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución del estado de higiene oral por UPZ y grupo de edad. Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E, Año 2012

UPZ	INFANCIA			ADOLESCENCIA			JUVENTUD			ADULTEZ			VEJEZ			TOTAL			TOTAL GENERAL
	D	R	B	D	R	B	D	R	B	D	R	B	D	R	B	D	R	B	
49 APOGEO	29	0	2	41	1	0	47	4	0	13	1	0	0	0	0	130	6	2	138
84 BOSA OCCIDENTAL	247	37	8	125	12	2	222	14	2	187	15	5	5	1	1	786	79	18	883
85 BOSA CENTRAL	260	36	31	131	23	12	223	27	10	202	23	21	16	2	0	832	111	74	1017
86 EL PORVENIR	57	12	4	47	2	1	55	3	0	47	6	1	3	0	0	209	23	6	238
87 TINTAL SUR	46	1	0	15	1	0	31	2	0	26	1	0	1	0	0	119	5	0	124
OTRAS LOCALIDADES	147	21	10	73	4	0	111	15	3	102	12	3	9	1	0	442	53	16	511
SIN DATO	4	5	1	5	3	1	2	0	3	8	0	0	1	0	0	20	8	5	33
Total general	790	112	56	437	46	16	691	65	18	585	58	30	35	4	1	2538	285	121	2944

Fuente: Base de Datos SISVESO 2012, Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.

D= Deficiente R= Regular B= Bueno

Discapacidad

El registro de localización y caracterización de las personas en condición de discapacidad, se caracteriza por ser un instrumento de auto reconocimiento, es decir, la persona en condición de discapacidad debe reconocer que tiene una limitación ya sea física o psicológica, por lo tanto, quien no quiera hacer parte del registro sencillamente quedara por fuera del censo de población con discapacidad. Se observa que el 41% (n= 312) de la población se concentra en la UPZ Central, el 34% (n=258) en la UPZ Occidental, el 5% (n=38) en las UPZ Tintal sur, el 16% (n=122) en la UPZ Porvenir y por último el 4% (n=30) en la UPZ Apogeo. La alteración que más afecta a las personas en condición de discapacidad de la localidad de Bosa en el año 2012 es la alteración al Sistema nervioso con un 45% de personas que refieren esta alteración, le sigue la alteración al movimiento del cuerpo con 30%, alteraciones al sistema respiratorio y las defensas en un 8,9%, alteración en oídos un 6,6%, alteración en ojos en un 4,4%. Para el 2012 se realizaron 213 registros para la etapa de ciclo vital infancia (Tabla 10).

1.5.2 ETAPA DE CICLO ADOLESCENCIA

La adolescencia es el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas. Es un periodo formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no sólo con relación a su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva social y económica. El embarazo en la adolescencia es una situación que se ha venido incrementado con el paso de los años y que requiere de nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil.



La tasa bruta de natalidad, expresa el número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población calculada a mitad de un período. En el año 2012 se estima que en Bosa por cada mil habitantes ocurrieron 17 nacimientos, disminuyendo en relación al 2011 en donde la tasa ascendía a cerca de 18 nacimientos.

La tasa específica de fecundidad para el 2012 para el grupo de 10 a 14 años de edad descendió a 1.7, es decir que el número de nacidos vivos en mujeres de este grupo de edad es de cerca de 2 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres. En el grupo de 15 a 19 años la tasa específica de fecundidad para el 2012 fue de 83.6 presento una disminución en comparación con la del 2011 de 84.7.

Los casos de nacidos vivos hijos de madres adolescentes entre 10 y 14 años de edad han disminuido en un 12,7% para el 2012 con respecto al 2011, pasando de tener 55 casos a 48 casos en el 2012. En el grupo de 15 a 19 años, el número de casos presentados para el año 2012 fue de 2.270 casos muy similar al año inmediatamente anterior (2266 casos año 2011) con un incremento de sólo cuatro casos en el 2012. Los meses del año donde se presentaron mayor número de casos de nacidos vivos hijos de madres adolescentes de 10 a 14 años fueron agosto, septiembre y marzo; para el grupo de 15 a 19 años fueron los meses de abril y diciembre. Para los grupos mencionados el 51,4% (n=1.191 casos) pertenecen al régimen contributivo, afiliados al subsidiado 34,6% (n=801) y no asegurado 13% (n= 301 casos).

Al analizar la variable sexo del recién nacido, en el grupo de 10 a 14 años, el 56,3% de los casos fueron niñas; en el grupo de 15 a 19 años el 50,7% fueron niñas y el 49,3% niños. El nivel educativo de las gestantes de 10 a 14 y de 15 a 19 años, corresponde principalmente a básica secundaria y media académica o clásica, comportamiento coherente con las edades y cursos por los cuales atraviesan las gestantes.

Para el año 2012 la prevalencia de bajo peso gestacional para la localidad de Bosa estuvo por encima del promedio distrital (17,4% y 15,7%, respectivamente). El déficit nutricional en la población gestante se concentró en las UPZ Tintal Sur (22,6%) y Porvenir (18,3 %). La obesidad gestacional en la localidad de Bosa no es mayor al promedio distrital (5% y 6,4%, respectivamente), presentando las prevalencias más altas en las UPZ Tintal Sur y Occidental (6,3% y 5,3%, respectivamente).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA

En la etapa de ciclo vital adolescencia los eventos de control (n=529 casos) son los más notificados seguido de los eventos de causa externa (n=69 casos), a diferencia de los otras etapas de ciclo estos eventos se presentaron con más frecuencia en parte por ser el grupo con la mayor exposición a los eventos de este tipo (Gráfica 9).

Salud mental

De acuerdo al SIVIM, para la etapa de ciclo adolescencia, el número de casos notificados para el año 2012 por violencia física al subsistema fue de 126, correspondiente al 16,7% de los casos notificados para ese año. El 65,1% de los casos corresponden al sexo femenino (Tabla 9).



Tabla 9. Número de casos notificados de violencia física por etapa de ciclo vital. Localidad séptima de Bosa. 2012

ETAPA DE CICLO	Año 2012					
	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
NIÑEZ (0 - 12 AÑOS)	118	52,9	95	18,0	213	28,2
ADOLESCENCIA (13 -18 Años)	44	19,7	82	15,5	126	16,7
JUVENTUD (19 - 26 Años)	19	8,5	115	21,8	134	17,7
ADULTEZ (27 - 59 Años)	41	18,4	221	41,9	262	34,7
VEJEZ (60 Años y mas)	3	0,4	17	2,8	20	2,6
Total General	223	100,0	528	100,0	755	100,0

Fuente: Base de datos SIVIM 2012, Hospital Pablo VI Bosa

SISVESO

Para la etapa de ciclo vital adolescencia fueron notificados como deficiente higiene oral 437 casos, siendo el mayor número para la etapa. La UPZ que aporta el mayor número de casos corresponde a la UPZ 85 Central con 131 casos, seguida de la UPZ 84 Occidental (Tabla 8).

Discapacidad

Para el 2012 se realizaron 69 registros para la etapa de ciclo vital adolescencia. El 62,3% corresponden a hombres y el 37,7% a mujeres. Respecto a la totalidad de los registros, ésta etapa representa el 9%. La condición más afectada en esta etapa es el sistema nervioso con el 66,7% (n=46 registros), seguido de los oídos con el 14,5% (n=10).

Tabla 10. Distribución de la PCD por etapa de ciclo vital y sexo. Proporción 2012.

ETAPA	Año 2012					
	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
INFANCIA (O a 13 años)	143	33,6%	86	25,2%	229	29,9%
ADOLESCENCIA (14 -17 años)	43	10,1%	26	7,6%	69	9,0%
JUVENTUD (18 - 26 Años)	44	10,4%	24	7,0%	68	8,9%
ADULTEZ (27 - 59 Años)	116	27,3%	111	32,6%	227	29,6%
VEJEZ (60 Años y mas)	79	18,6%	94	27,6%	173	22,6%
Total General	425	100%	341	100,0%	766	100%

Fuente: Base de datos SIVIM 2012, Hospital Pablo VI Bosa

VESPA

Los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas están dentro de los tres primeros problemas de salud mental ya que son responsables de una parte importante de la carga de morbi-mortalidad y de pérdida de años por vida productiva en el país.

A través del reporte que realizan los Centros de atención de drogadicción al sistema de Vigilancia Epidemiológica en Consumo de Sustancias Psicoactivas VESPA, que maneja la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, presenta algunos datos estadísticos reportados por VESPA en los últimos tres años (2010 a 2012) (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de casos de abuso de sustancias psicoactivas según Localidad y año Bogotá 2010 - 2012

LOCALIDADES	2010	2011	2012
1-USAQUEN	83	127	211
2-CHAPINERO	24	77	58
3-SANTAFE	86	250	238
4-SAN CRISTOBAL	113	197	209
5-USME	137	161	150
6-TUNJUELITO	47	71	72
7-BOSA	157	224	265
8-KENNEDY	154	279	707
9-FONTIBON	53	69	96
10-ENGATIVA	114	169	203
11-SUBA	166	243	338
12-BARRIOS UNIDOS	19	38	28
13-TEUSAQUILLO	15	28	20
14-MARTIRES	88	158	72
15-ANTONIO NARIÑO	14	25	26
16-PUENTE ARANDA	30	73	44
17-CANDELARIA	11	27	23
18-RAFAEL URIBE	96	149	157
19-CIUDAD BOLIVAR	184	306	394
20-SUMAPAZ	0	0	2
SIN DATO DE LOCALIDAD	2944	1700	1429
Total general	4535	4371	4742

Fuente sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas VESPA

Para la localidad de Bosa en el 2012 se notificaron al sistema de vigilancia 265 casos, menor número que el registrado para las localidades de Kennedy (n=707) y Ciudad Bolívar (n=394). Bosa en el año 2010 presentó 157 casos ocupando el segundo lugar en todo el D.C, y en el año 2011 aunque aumento a 224 casos, ocupó el quinto lugar.

1.5.3 ETAPA DE CICLO JUVENTUD

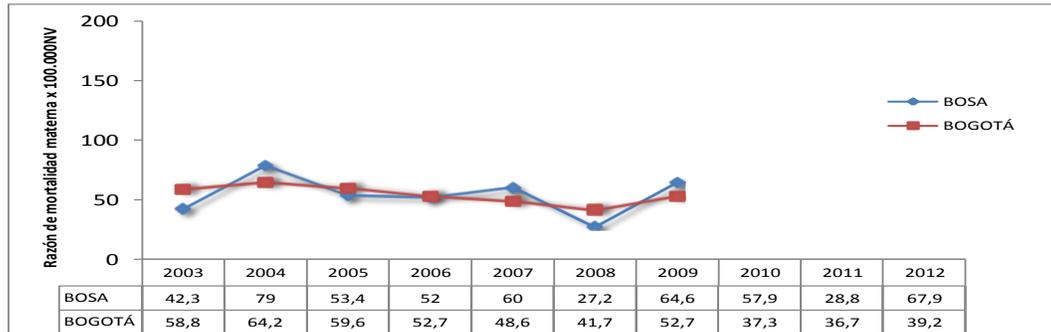
Mortalidad materna

Durante el año 2012 se presentaron siete casos de mortalidad materna en la localidad de Bosa, representando una razón de mortalidad materna de 67,9 por cada cien mil nacidos vivos. La razón de esta mortalidad en el 2012 para Bosa incrementó notablemente en comparación a la presentada



en el 2011, mientras que la de Bogotá mostró un comportamiento estable a lo observado en años anteriores. Tanto a nivel local como distrital se evidencian incumplimiento de la meta propuesta de reducir esta razón a 31 por cada 100.000 nacidos vivos (Gráfica 10). El 57% con edades entre los 15 a 29 años y los otros 3 casos con edades de 33, 36 y 41 años.

Gráfica 10. Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna comparativo Bosa-Bogotá. 2003 – 2012



Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales de Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E y de SDS. Certificado de defunción-bases de datos DANE y RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales- Oficiales (2003 - 2007) y Preliminares (2008 - 2012).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA

En la etapa de ciclo vital adolescencia los eventos de control dentro de los que se encuentran (n=529 casos) son los más notificados seguido de los eventos de salud sexual y reproductiva (sífilis gestacional, hepatitis B, morbilidad materna extrema, VIH) (n=189 casos) (Gráfica 9).

Salud mental

De acuerdo al SIVIM, para la etapa de ciclo juventud, el número de casos notificados para el año 2012 por violencia física al subsistema fue de 134, correspondiente al 17,7% de los casos notificados para ese año. El 85,8% de los casos corresponden al sexo femenino (Tabla 9).

Una de las primeras causas de muerte en jóvenes de la localidad de Bosa son las muertes por hechos violentos (26,2% del total de los casos de mortalidad registrados por la ESE para el año 2011 en el grupo de 15 a 44 años). La violencia en los y las jóvenes es un tema que preocupa a toda la comunidad. La falta de mecanismos sociales para el manejo de esta situación va de la mano de la creación de pandillas, consumo de sustancias psicoactivas o alcohol que derivan en hechos cada vez mas violentos y difíciles de manejar.

El suicidio en Bosa es una problemática preocupante en el 2012 fueron notificados al sistema de vigilancia en conducta suicida 570 casos, con un aumento respecto al 2011 donde se presentaron 478 casos. De los cuales 341 son jóvenes siendo 230 mujeres y 111 hombres. (Tabla 16). El tipo de conducta mas frecuente para este ciclo vital fue el intento de suicidio con 183 casos en total.



Tabla 12. Número de casos de conducta suicida notificados en la etapa de ciclo vital juventud. Localidad séptima de Bosa. 2012

CONDUCTA SUICIDA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Ideación	43	67	110
Amenaza	16	24	40
Intento	48	135	183
Consumado	4		4
SD		4	4
Total general	111	230	341

Fuente: Base de datos SIVICOS 2012, Hospital Pablo VI Bosa

SIVESO

Para la etapa de ciclo vital juventud fueron notificados como deficiente higiene oral 691 casos, siendo el mayor número para la etapa. La UPZ que aporta el mayor número de casos corresponde a la UPZ 85 Central con 223 casos, seguida de la UPZ 84 Occidental con 222 casos (Tabla 8).

Discapacidad

Para el 2012 se realizaron 68 registros para la etapa de ciclo vital juventud. El 64,7% corresponden a hombres y el 35,3% a mujeres. Respecto a la totalidad de los registros, ésta etapa representa el 8,9%. La condición que más afectada en esta etapa es el sistema nervioso con el 48,5% (n=33 registros), seguido afectación en el movimiento del cuerpo con el 27,9% (n=19) (Tabla 10).

1.5.4 ETAPA DE CICLO ADULTEZ

Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA

En la etapa de ciclo vital adultez los eventos de control dentro de los que se encuentran varicela tos ferina parotiditis EDA y ERA entre otros, (n=707 casos) son los más notificados seguido de los eventos de salud sexual y reproductiva (sífilis gestacional, hepatitis B, morbilidad materna extrema, VIH) (n=183 casos) (Gráfica 9).

Salud mental

De acuerdo al SIVIM, para la etapa de ciclo adultez, el número de casos notificados para el año 2012 por violencia física al subsistema fue de 262, correspondiente al 34,7% de los casos notificados para ese año. El 84,4% de los casos corresponden al sexo femenino (Tabla 9).



Por su parte, la población adulta representa el segundo grupo con mayor presencia de casos notificados de conducta suicida, después de los jóvenes, con 179 casos de los cuales 130 son mujeres y 49 son hombres, del total de 570 casos notificados por SISVECOS (Sistema de vigilancia epidemiológica para la conducta suicida) (Tabla 13).

Tabla 13. Número de casos de conducta suicida notificados en la etapa de ciclo vital adultez. Localidad séptima de Bosa. 2012

CONDUCTA SUICIDA	MASCULINO	FEMENINO	Total general
Ideación	12	70	82
Amenaza	5	9	14
Intento	29	50	79
Consumado	1	0	1
SD	2	1	3
Total general	49	130	179

Fuente: Base de datos SIVECOS 2012, Hospital Pablo VI Bosa

Dentro de los eventos desencadenantes de la conducta suicida están los problemas relacionados con el grupo familiar o de apoyo en 88 casos, seguido de dificultades en el modo de vida en 25 de los 570 casos reportados.

Con respecto a la violencia intrafamiliar contra la mujer en la etapa adultez se evidencia que la violencia emocional y maltrato físico son las más frecuentes en comparación con otras etapas de ciclo (Tabla 14).

Tabla 14. Número de casos notificados de violencia contra la mujer por etapa de ciclo vital. Localidad séptima de Bosa. 2012

ETAPA DE CV	FISICA	EMOCIONAL	ABUSO SEXUAL	NEGLIGENCIA	ABANDONO	ECONOMICA
0 a 9 Años	77	717	126	511	93	37
10 a 26 Años	246	1076	298	356	50	62
27 a 59 Años	232	650	85	54	12	35
mayores 60 Años	17	66	5	20	10	3

Fuente: Base de datos SIVIM 2012, Hospital Pablo VI Bosa

SISVESO

Para la etapa de ciclo vital juventud fueron notificados como deficiente higiene oral 585 casos, siendo el mayor número para la etapa. La UPZ que aporta el mayor número de casos corresponde a la UPZ 85 Central con 202 casos, seguida de la UPZ 84 Occidental con 187 casos. (Tabla 8)





SISVAN

Para el 2012 cerca del 75% de la población mayor de 50 años notificada al SISVAN de Bosa tenía malnutrición por exceso (sobrepeso: 51,2%; obesidad: 21,4%, obesidad mórbida: 1,3%). El sobrepeso y la obesidad tuvieron mayores prevalencias en las UPZ Tintal Sur y Central. El déficit nutricional se presentó en un 1,9% entre la población notificada en el año, siendo superior a la prevalencia de 2011 (0,9%). Con respecto al Distrito Capital la Localidad de Bosa registró mayor prevalencia de sobrepeso y menor prevalencia de obesidad entre las personas mayores de 50 años, lo que podría mostrar una tendencia en el tiempo al aumento progresivo de la obesidad, con las esperadas complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Discapacidad

Para el 2012 se realizaron 227 registros para la etapa de ciclo vital adultez. El 51,1% corresponden a hombres y el 48,9% a mujeres. Respecto a la totalidad de los registros, ésta etapa representa el 29,6%. La condición que más afectada en esta etapa es la afectación en el movimiento del cuerpo con el 48,9% (n=111 registros), seguido afectación en el sistema nervioso con el 28,2% (n=64) (Tabla 10).

1.5.5 ETAPA DE CICLO VEJEZ

Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA

En la etapa de ciclo vital vejez los eventos de control dentro de los que se encuentran (n=131 casos) son los más notificados seguido de los eventos de salud sexual y reproductiva (sífilis gestacional, hepatitis B, morbilidad materna extrema, VIH) (n=9 casos) (Gráfica 9).

Salud mental

De acuerdo al SIVIM, para la etapa de ciclo vejez, el número de casos notificados para el año 2012 al subsistema fue de 16, correspondiente al 2,6% de los casos notificados para ese año. El 93,8% de los casos corresponden al sexo femenino (Tabla 9).

Frente al maltrato hacia las personas mayores la principal forma de violencia que viven está relacionada con el maltrato emocional, seguida de la negligencia y el abandono, lo cual se encuentra relacionado con el no acompañamiento a las citas médicas, no seguimiento de los tratamientos farmacológicos y en general el descuido y las condiciones de abandono en las que se encuentran estas personas como se a podido comprobar por medio de las visitas domiciliarias por parte de los equipos de respuesta inicial. Con respecto al género se evidencia que las mujeres son las mayormente vulneradas de manera física y los hombres son abandonados (Tabla 15).





Tabla 15. Número de casos notificados de violencia en la etapa de ciclo vital vejez. Localidad séptima de Bosa. 2012

Género	FISICA	EMOCIONAL	SEXUAL	ECONOMICA	NEGLIGENCIA	ABANDONO
Femenino	17	66	5	3	20	10
Masculino	3	29	0	1	12	16

Fuente: Base de datos SIVIM 2012, Hospital Pablo VI Bosa

SISVESO

Para la etapa de ciclo vital juventud fueron notificados como deficiente higiene oral 585 casos, siendo el mayor número para la etapa. La UPZ que aporta el mayor número de casos corresponde a la UPZ 85 Central con 202 casos, seguida de la UPZ 84 Occidental con 187 casos (Tabla 8).

Discapacidad

Por etapas del ciclo vital se observó que quienes presentan mayor prevalencia en la condición de discapacidad son las personas de edades más avanzadas, dejando ver su alta relación con la presencia de enfermedades crónicas y la complicación de las mismas. La etapa de vejez reporta una mayor frecuencia en la condición de discapacidad con prevalencia del sexo femenino.

Para el 2012 se realizaron 173 registros para la etapa de ciclo vital vejez. El 51,1% corresponden a hombres y el 48,9% a mujeres. Respecto a la totalidad de los registros, ésta etapa representa el 29,6%. La condición que más afectada en esta etapa es la afectación en el movimiento del cuerpo con el 48,9% (n=111 registros), seguido afectación en el sistema nervioso con el 28,2% (n=64) (Tabla 10).



2. Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida

Para éste segundo capítulo, se profundiza en las problemáticas y necesidades que afectan la salud y calidad de vida de las poblaciones que habitan en el territorio por medio de la construcción de los núcleos problemáticos y sus temas generadores. Un núcleo problemático es “un grupo de problemas que se relacionan entre sí porque comparten unas mismas causas (que van desde las más cercanas hasta las estructurales). Al agruparlos se resalta la importancia de la causa, de tal manera que las respuestas que se construyen para solucionarlo están dirigidas a cambiar o a afectar las causas. Para eso las respuestas tienen que ser integrales, de tal modo que tengan en cuenta a las personas que están siendo afectadas por el conjunto de problemas”¹⁸.

Como un primer ejercicio hacia la construcción de los núcleos problemáticos, se implementó una metodología que buscó que el equipo de Gestión y Análisis de Políticas respondiera a las siguientes preguntas:

- ¿Qué está pasando en la localidad?
- ¿Cómo se presenta esa problemática que se está desarrollando en las UPZ?

Los resultados de esta actividad dieron cuenta sobre cómo cada línea de intervención y política interpreta las problemáticas que afectan a las diferentes etapas del ciclo vital. Posteriormente, se realizó la revisión de los diagnósticos de años anteriores y se elaboró un listado en el que se exponían las problemáticas para posteriormente analizarlas y compararlas con un documento llamado el diagnóstico rápido de la localidad, el cual presenta las necesidades desde la mirada de la comunidad.

El resultado de éste ejercicio fue la construcción de los núcleos problemáticos y sus respectivos temas generadores, a partir de la información de las intervenciones, las comunidades y los diagnósticos y con el análisis del equipo de Gestión y Análisis de Políticas de la ESE. Para finalizar, los núcleos problemáticos con sus respectivos temas generadores fueron enviados nuevamente al equipo de Gestión y Análisis de Políticas y a la Subgerencia Asistencial para su revisión y ajustes finales.

2.1 Núcleos problemáticos

2.1.1. INFANCIA

La etapa de ciclo vital infancia está comprendida por el grupo de individuos desde la gestación hasta los 13 años y en él se recogen las características y necesidades de éste periodo de desarrollo que incluye no sólo sus particularidades biológicas, sino que incluye todas aquellas condiciones sociales, culturales, económicas, familiares, ambientales y políticas que los afecta.

Teniendo en cuenta lo anterior, la perspectiva de análisis que se recoge en éste apartado se centra en la Política Pública de Infancia y Adolescencia la cual se encuentra enmarcada en la Convención Internacional de los Derechos del niño, que fue ratificada por la ley 12 de 1991, la Constitución Política y los demás tratados y convenios internacionales que están relacionados con la temática. A continuación se presentan los principales núcleos problemáticos y los temas generadores analizados.

- ❖ **Inadecuada alimentación en los niños y las niñas de la localidad, por dificultades de los cuidadores para brindarles los alimentos necesarios para que crezcan sanos y fuertes lo cual incide considerablemente en el perfil de morbimortalidad infantil de la localidad.**

De acuerdo a la declaración universal de los derechos humanos, en el artículo 25 establece “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”¹⁹.

La seguridad alimentaria y nutricional puede ser entendida como el “Estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social, a los alimentos que necesita, en calidad y cantidad, para su adecuado consumo y utilización biológica garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo”²⁰.

Los principales obstáculos para que esta población pueda tener acceso a una alimentación de calidad son el nivel socioeconómico de las familias, el estilo de vida que como se ha podido identificar en los diferentes espacios de análisis no es sano y no se promueve la ingesta de alimentos que favorezcan el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas.

Por otro lado, existen falencias en el sistema que no permiten que los cuidadores puedan brindarles a los niños y niñas los alimentos necesarios para que crezcan sanos y fuertes. Una consecuencia directa de esta situación es la desnutrición crónica, la cual es “el resultado de múltiples factores: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación durante los años más



críticos de desarrollo en los niños (desde la etapa intrauterina hasta los tres primeros años), ambiente insalubre, inadecuada ingesta de alimentos de alto valor nutricional, entre otras, todas asociadas generalmente a la pobreza, bajo nivel educativo, escasa inversión social, falta de priorización en los grupos más vulnerables, al citar solo algunos factores”²¹.

Cerca de la tercera parte de la población gestante captada por el SISVAN (Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional) tiene menos de 20 años de edad siendo este factor de riesgo no modificable para bajo peso gestacional y el consecuente bajo peso del recién nacido, sumado a condiciones socioeconómicas deprimidas (por ejemplo, el 6% de la población captada en 2012 era desplazada) que lleva al sostenimiento en el tiempo del indicador nutricional.

El déficit nutricional en la población gestante se concentró en las UPZ Tintal Sur (22,6%) y Porvenir (18,3 %). La Desnutrición crónica (DNT) muestra un comportamiento por UPZ con prevalencias más altas de retraso en talla en las UPZ Central (22,1%) y Occidental (22,7%), al igual que el déficit severo. Las UPZ Tintal Sur y Apogeo presentaron las prevalencias más bajas en el grupo poblacional de menores de 5 años. La UPZ Porvenir se ubicó en un lugar intermedio en las prevalencias de déficit y riesgo de retraso en talla.

En cuanto a la distribución por UPZ de las prevalencias más altas de DNT global, se encontraron en las UPZ Central (6,3%) y Occidental (5,2%) y la más baja en Tintal Sur (4,7%). Un comportamiento similar se observó para la DNT global severa. El riesgo de bajo peso para la edad se concentró principalmente en la UPZ Central (24,5%), en la cual se desarrolla un alto porcentaje de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) SISVAN para este grupo poblacional.

La prevalencia de bajo peso para la talla en menores de 5 años para la localidad de Bosa fue de 1,8% y la de Desnutrición Aguda Severa del 0.3%. El riesgo se ubicó en 12,8% para la población de la localidad y la prevalencia de DNT aguda de la localidad duplica a la del país según datos de la ENSIN 2010 (0,9%). La prevalencia de DNT aguda observada corresponde con la esperada en una población con distribución normal (2,3% o menos), según los patrones de la OMS.

En relación con las UPZ, se encontró que en la Central (3,1%) y Occidental (2,8%) se concentran las prevalencias más altas de déficit de peso/talla y DNT aguda severa, al igual que para los indicadores de Peso/ edad y Talla/edad. El riesgo de déficit fue más alto se presentó en la UPZ Central. Las UPZ Apogeo (1,7%) y Porvenir (2,4%) tuvieron las prevalencias más bajas de déficit para éste indicador nutricional.

Por último, para el caso del sobrepeso y la obesidad se encontró que el 10,8% de la población menor de 5 años de Bosa presenta sobrepeso (entre 1 y 2 Desviación Estándar) y el 1,8% obesidad (más de 2 DE). El porcentaje de sobrepeso de la población Local duplica la prevalencia nacional (5,2%); la prevalencia de obesidad de la localidad excede en 0,8% a la del país (1,0%) según la ENSIN 2010. Más de la mitad de la población menor de 5 años que presentó sobrepeso y la obesidad se ubica en las UPZ Central (17%) y Occidental (15,4%). En las UPZ Tintal Sur (13,4%) y Apogeo (13,6%) se encontraron las prevalencias más bajas de exceso de peso en la población.





Tema Generador

La localidad contribuye a una alimentación de calidad para el desarrollo de los niños y las niñas.

- ❖ **Presencia de diversos tipos de violencia (física, psicológica, intrafamiliar, abuso sexual, negligencia y abandono) contra los niños y niñas de la localidad los cuales afectan su desarrollo psicoactivo.**

La violencia en la infancia para la localidad de Bosa es un tema de gran interés puesto que las y los niños son unas de las principales víctimas de sus diferentes formas (física, psicológica, intrafamiliar, abuso sexual, negligencia y abandono).

“El ciclo de la violencia aumenta en el contexto la agresión de los niños y niñas. En muchos casos los comportamientos agresivos de los niños y niñas se transforman en comportamientos violentos cuando ellos crecen contribuyendo así a la violencia en sus contextos. Más aun, la exposición a situaciones de violencia, maltrato o abuso, tienen efectos irreversibles sobre la condición física y la conducta de los niños y las niñas hacia el futuro”²².

De acuerdo al SIVIM (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual), se evidencia que del total de los casos notificados, el mayor número corresponde a niños entre 0 y 9 años, lo que representa una cobertura de seguimiento del 33,9% (Mapa 4). En el Cove Local se realizó un espacio de análisis en SIVIM, concluyendo que es fundamental que la comunidad denuncie los casos que se presentan teniendo en cuenta los siguientes pasos: 1. No tener miedo a hablar sobre lo ocurrido, 2. Preguntar por lo sucedido en un espacio privado, 3. Explicarle a la víctima que lo que se hable es confidencial y que por lo tanto puede expresar abiertamente lo sucedido, 4. No emitir juicios de valor por parte del profesional que esta atendiendo el caso, 5. El profesional debe asegurarse que la información proporcionada por la víctima sea veraz y objetiva.

Frente a los tipos de violencia más frecuentes reportados en víctimas de 0 a 9 años, se evidencia que la violencia emocional y la negligencia son las más comunes y la falta de controles de crecimiento y desarrollo y acceso a los diferentes servicios son las causas más frecuentes. Lo anterior es un fuerte indicador de la concentración de las violencias para éste grupo poblacional y de la necesidad de desarrollar acciones intersectoriales que disminuyan el impacto sobre esta población.

“Los niños maltratados que se encuentran en el primer año de vida, son más frecuentemente de sexo masculino, los mayores, y su nacimiento ha sido rodeado por circunstancias negativas tales como el haber sido prematuro o producto de embarazos no deseados”²³.

Otra forma de maltrato contra los niños y niñas es el trabajo infantil. El trabajo infantil es “la expresión de un problema estructural de las sociedades ligado a las condiciones de pobreza, desigualdad, exclusión social e inequidad, entre otros factores de naturaleza económica, política, cultural y de organización social de la producción, a las cuales, para el contexto colombiano, se debe





adicionar las particularidades propias, como el conflicto armado interno, el desplazamiento y la concepción socialmente construida de la niñez²⁴.

Entre las actividades económicas de mayor incidencia, se encontró que los niños y niñas se dedican a las ventas ambulantes, reciclaje y atención en cabinas telefónicas. Los niños y niñas menores de 15 años trabajan en compañía de los padres en la jornada contraria a la escolar. Durante la experiencia de campo se refleja la preocupación de los padres por dejar a sus hijos solos en la casa, teniendo en cuenta que las familias comparten la vivienda con otras que no conocen. En el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) se abordó la problemática de los tipos de violencia, los padres de familia participaron activamente y proporcionaron su punto de vista al respecto; *“prefiero llevar a mis hijos a trabajar conmigo y no dejarlos a cargo de terceros que pueden llegar a abusar de ellos”*²⁵.

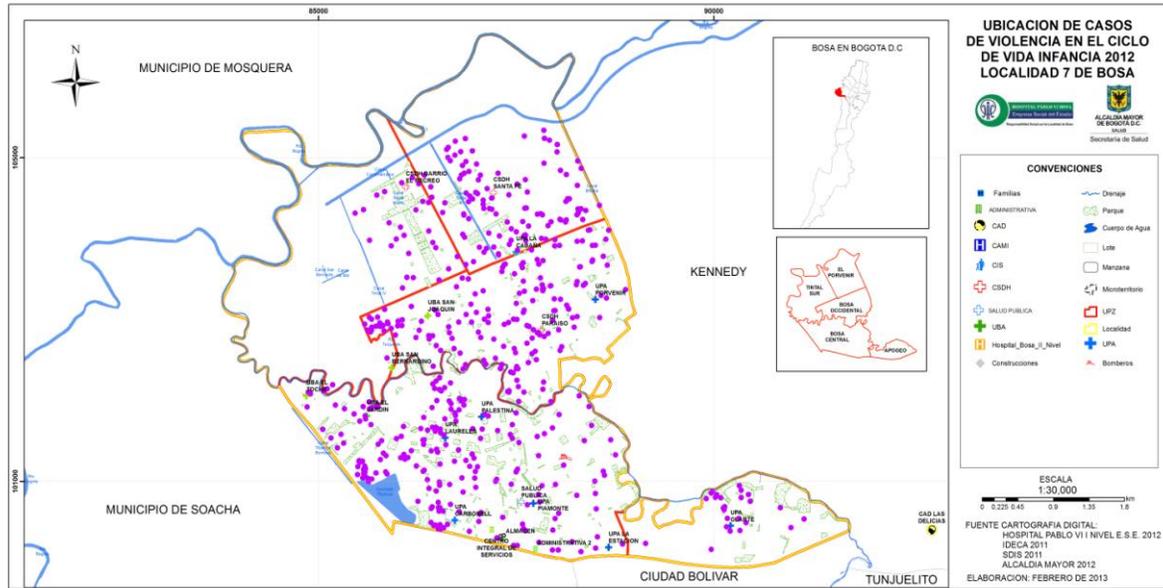
Por consiguiente, la incursión laboral de los niños y niñas a temprana edad se relaciona con múltiples factores económicos, sociales y culturales. La pobreza es indudablemente uno de los principales factores asociados al trabajo infantil; la falta de oportunidades laborales y los bajos ingresos económicos de la familia, donde no se evidencia una adecuada distribución de roles y responsabilidades. El trabajo realizado por los niños y las niñas se presenta como una estrategia de supervivencia por parte de las familias vulnerables para satisfacer sus necesidades básicas. Otro de los factores encontrados se relaciona con las creencias y costumbres de los padres que refieren que el trabajo genera responsabilidad y formación en los hijos, tomando como ejemplo de vida la experiencia que ellos tuvieron durante su infancia.

En algunos casos se evidencia que los niños que se desempeñan en las actividades más riesgosas como el reciclaje y las ventas ambulantes, son niños que no desean seguir estudiando porque no cuentan con el apoyo de su familia y no tienen ningún proyecto de vida, a pesar de la insistencia de algunos familiares y del profesional de la ESE. En la gran mayoría de los casos, estos niños y niñas han crecido en el ambiente de trabajo, puesto que sus padres los llevaban como acompañantes desde temprana edad y ha sido muy difícil desnaturalizar el trabajo infantil, ya que hace parte de una situación que se ha venido repitiendo desde hace mucho tiempo.

Para finalizar, en la base de datos se encuentran relacionados los códigos CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) los cuales no hablan directamente del matoneo. Sin embargo, el que más se acerca es el de “problemas asociados a la educación” con 82 casos para el año 2012 de un total de 1.972 casos reportados. Adicionalmente otro diagnóstico relacionado son los problemas con la inadaptación educacional y desavenencias con maestros o compañeros con 7 casos de los cuales 1 es un hombre y 6 son mujeres. Los datos anteriores reflejan el incipiente conocimiento con relación a esta problemática, sumado a la magnitud en cifras que se puede reconocer.



Mapa 4. Casos de violencia en la infancia notificados SIVIM. Localidad Séptima de Bosa. 2012



Fuente: Base de datos SIVICOS 2012, Hospital Pablo VI Bosa

Temas Generadores

Comprometidos en la infancia con cero tolerancia al maltrato físico, verbal, psicológico y sexual en esta etapa.

Por una localidad libre de trabajo infantil y de matoneo se fortalecen lazos de convivencia en la comunidad

2.1.2. ADOLESCENCIA

La adolescencia se ubica entre los 14 – 17 años y se caracteriza por profundos cambios psicológicos, biológicos y sociales. Es un periodo de transición, en que se toma por primera vez conciencia del “yo”. El o la adolescente presenta cambios en su aspecto físico que rápidamente lo desligan de su cuerpo infantil, de las actitudes infantiles y constituyen una identidad más propia de sus características. En esta etapa “se plantea uno de los desafíos más difíciles para las familia. Es posible que los adolescentes, que se enfrentan a cambios hormonales y a un mundo cada vez más complejo, sientan que nadie puede entender sus sentimientos, en especial sus padres. Como resultado, el adolescente puede sentirse enojado, solo y confundido cuando se enfrenta a problemas complejos de identidad, presiones de sus compañeros, conducta sexual, alcohol y drogas.

En consecuencia, en la adolescencia están dadas las condiciones para que se generen conflictos en la familia. Las áreas típicas entre conflicto entre padres e hijos adolescentes pueden ser:

- Discusiones debido a las restricciones horarias del adolescente;



- Los amigos que elige;
- El tiempo que comparte con la familia, frente al que pasa con gente de su edad;
- Desempeño escolar y laboral;
- Automóviles y privilegios para conducir;
- Citas y sexualidad;
- Vestimenta, peinados y maquillaje;
- Conductas autodestructivas como fumar, tomar y consumir drogas²⁶.

Por lo anterior los adolescentes necesitan todo el apoyo de sus familias en esta etapa, con el fin de poder orientar sus vidas hacia los objetivos que quieran cumplir en el largo plazo. Se trata que se sientan respaldados en las decisiones que tomen con el fin de generar autonomía e independencia siempre con la orientación de los padres para tomar las decisiones que más les convengan para sus vidas.

Como núcleos problemáticos se proponen los siguientes:

- ❖ **El no abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en el adolescente es una problemática que esta directamente relacionada con embarazos tempranos no deseados.**

El tema de la sexualidad constituye un componente importante en el abordaje de la población adolescente y pilar fundamental en la construcción de política y proyectos dirigidos a este tipo de población. Es importante empoderar a los adolescentes en el desarrollo y ejercicio de la sexualidad a través de competencias básicas que permitan la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo, basadas en el respeto a la dignidad de todo ser humano de manera que se valore la pluralidad de identidades y formas de vida, y se promueva la vivencia y la construcción de relaciones de pareja, familiares y sociales pacíficas, equitativas y democráticas.

En la adolescencia “el adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. El periodo adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general²⁷.”

La sexualidad sana y responsable va de la mano de métodos de regulación de la fecundidad que permiten prevenir embarazos no deseados, ITS y VIH/Sida, estrategias para el desarrollo de la autonomía y toma de decisiones en pareja en el ejercicio de la sexualidad. Es importante que todos los adolescentes estén informados acerca de todas las alternativas en servicios de salud que ofrece el sector en orden de generar capacidad decisiva y participativa en el ejercicio responsable y seguro de la sexualidad. En la actualidad se evidencia mayor prevalencia de embarazos no deseados en





mujeres entre los 15 y 19 años que conocen los métodos de regulación de la fecundidad, sin embargo no los implementan por múltiples razones, para el caso de los embarazos de 10 a 14 años en este grupo aun se siguen presentando estos eventos a pesar de las metas planteadas de cero embarazos (Mapa 5).

En la Sala Situacional que se realizó en el tema de embarazo en adolescentes, se concluyó que se parte de la idea según la cual el quedar en embarazo a temprana edad, es resultado de una decisión en un escenario con unas dinámicas sociales específicas. En este orden de ideas se presenta un análisis de determinantes sociales:

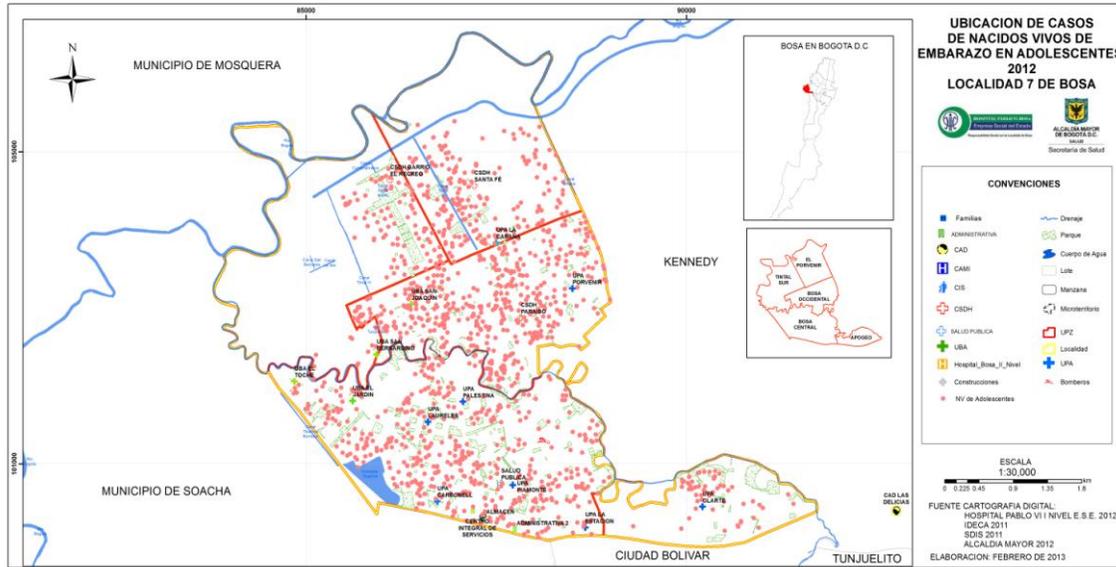
Estructurales: Construcción social de lo femenino y lo masculino. Influencia de la iglesia en la sexualidad. Perpetuación generacional de la problemática. Oportunidad de acceso al SGSSS. Enfoque de prevención basado en la prohibición. Desarticulación entre los sectores de la salud y la educación. Modelos femeninos orientados a la maternidad. Creencias sobre el papel del hombre y la mujer en la sociedad (se tiene la concepción errónea que el control de la natalidad debe ser asumido solamente por la mujer y no de manera compartida). Preponderancia del cuerpo y la sexualidad en el desarrollo del adolescente. Inadecuada implementación de la IVE. Discriminación en las instituciones educativas para la adolescente gestante.

Intermedios: Redes de apoyo insuficientes. Familias disfuncionales. Condiciones socioeconómicas desiguales. Falta de oportunidades para acceder a la educación. Asociación del binomio sexo-amor. Ausencia de motivación e incentivos para ejercer una vida productiva sana. La sexualidad como un tabú dentro del núcleo familiar. Falencias en la manera en que se les da la información a los y las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos. Presión de pares que inciden sobre el inicio temprano de las relaciones sexuales. Programas de prevención inconstantes. Insumos insuficientes para atender la problemática de salud sexual y reproductiva. Modelos de comportamiento basados en la sexualidad y la genitalidad como posibilidad de desarrollo. Débil respuesta del sector salud y educación. Prácticas y creencias erróneas alrededor de la sexualidad. Consumo de alcohol y Spa y barreras de acceso. Complicidad de los padres de familia con respecto al embarazo en adolescentes. Fenómeno del madre-solterismo.

Proximales: Antecedentes familiares de embarazo adolescente. Carencia de un proyecto de vida. Relaciones desiguales en términos de poder. Inicio de la planificación familiar después de la primera relación sexual. Educación sexual pobre tanto familiar como del entorno educativo. Valoración de la maternidad como alternativa de sostenimiento económico. Deseo de las jóvenes por ser madres. Beneficios familiares por encontrarse en situación de gestación e institucionales. Violencia intrafamiliar y abuso sexual. El rol de la mujer en cuanto a la función de procrear. Aborto. Baja autoestima. Bajo rendimiento escolar. Calidad de tiempo compartido con los padres. Permitir la expresión de sentimientos.



Mapa 5. Nacidos vivos de madres adolescentes. Localidad Séptima de Bosa. 2012



Fuente: Certificado de nacido vivo-bases de datos RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales- Preliminares 2012.

Tema Generador

Se fortalece acompañamiento y asesoría técnica a las comunidades educativas para la promoción integral de la Salud Sexual y Reproductiva con sexualidad plena, segura y responsable para adolescentes.

- ❖ En la localidad se presentan conductas autodestructivas en adolescentes como lo son fumar, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.

Según el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas para Bogotá en el 2009, la localidad de Bosa aparece entre las 10 localidades en las que se registraron las tasas más altas de consumo de sustancias ilícitas. Dentro del abordaje psicosocial del modelo de atención, en el 2012 se han notificado un total de 1.940 familias en riesgo psicosocial, de las cuales un 26% obedecen a riesgo por consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de las principales causas para el consumo de sustancias psicoactivas en este grupo poblacional son: “la edad, trastornos parentales (padres poco involucrados y/o con problemas de alcohol u otras drogas), influencia de los padres (amigos cercanos que consumen sustancias), reincidencia delictiva (es decir, número de veces que ha sido arrestado) gravedad del delito cometido y régimen de detención. La dependencia además esta altamente asociada con trastornos psicológicos tales como ansiedad, daño cognitivo, depresión y psicosis; y trastornos de personalidad como temeridad e irritabilidad”²⁸.

Dentro de este contexto, “el abuso de drogas en los jóvenes altera la dinámica de sus relaciones sociales y puede llevar a una toma de decisiones inadecuada y en ocasiones violenta. El consumo



de drogas esta altamente relacionado con violencia. Por ejemplo, determinadas formas de beber producen una pérdida de control; algunas sustancias, especialmente sintéticas, hacen sentir al adolescente más potente, con ansias de acción, sin límites, ni inhibición”²⁸.

Adicionalmente en Bosa se vienen presentando constantes riñas entre los diferentes “parches” de las barras futboleras que afectan a los y las jóvenes pertenecientes a estas y a sus familias. Por otro lado, los establecimientos comerciales en donde frecuentan estos grupos así como las personas dedicadas al transporte urbano se ven afectadas como consecuencia de los enfrentamientos entre barras que se presentan por las diferentes zonas. En términos generales, el vecindario se convierte en un espacio controlado por los barristas para el consumo de alcohol y drogas.

Tema Generador

La localidad trabaja por la prevención del consumo de spa y la rehabilitación de los adolescentes consumidores

2.1.1. JUVENTUD

La etapa de la juventud comprendida entre los 18 – 26 años muestra como el individuo adquiere mayor estabilidad emocional, se consolida el desarrollo de la moral, y se afianza la capacidad de tomar decisiones.

En este sentido, “los jóvenes son un factor determinante en el cambio social, el desarrollo económico y el progreso técnico. Su imaginación, sus ideales, sus perspectivas y su energía resultan imprescindibles para el desarrollo de las sociedades en las que viven. Por ello, es importante multiplicar los esfuerzos encaminados a crear y desarrollar políticas y programas que estén destinados a los jóvenes. Las medidas que se implanten para tratar los problemas de la juventud y aprovechar al máximo su potencial repercutirán en la situación socioeconómica actual, así como en el bienestar de las generaciones futuras”²⁹.

La perspectiva de análisis para esta etapa del ciclo vital corresponde a la propuesta por la Política Pública de Juventud para Bogotá 2006-2016, que busca promover el desarrollo de la autonomía de la población joven y el ejercicio pleno de su ciudadanía mediante la promoción, restitución y garantía de sus derechos humanos.

Como núcleos problemáticos se proponen los siguientes:

- ❖ **La violencia juvenil se presenta en la localidad por falta de oportunidades educativas y laborales, que repercute en la calidad de vida de ellos y de la comunidad**

La violencia es de las primeras causas de muerte en jóvenes en Bosa y es además un tema de gran preocupación en la comunidad. Los enfrentamientos constantes entre pandillas crean un ambiente de inseguridad en los diferentes espacios (parques, colegios, centros comerciales entre otros) en





donde se desarrolla la vida de los demás grupos poblacionales. Pero la violencia no se restringe solo a estos grupos de la población joven, la discriminación por condiciones de género, sexo o etnia también son frecuentes. En el COVECOM se invitó al comandante de la policía que se encargó de socializar el plan por cuadrantes. La comunidad manifestó su preocupación con la presencia de las barras futboleras en la localidad: *“uno ya no puede dejar que los niños salgan a jugar al parque, porque pueden quedar atrapados en medio de una batalla campal entre los jóvenes barristas”*³⁰.

De acuerdo a los hallazgos de la ESE, en promedio existen 46 “parches” de barras futboleras que en promedio congregan 2.600 jóvenes, de los cuales el 18% son mujeres que duran vinculadas a esta actividad desde los 11 años hasta los 24 en promedio. El equipo de fútbol “La Equidad” es una de las organizaciones a las que más se vienen involucrando adolescentes y jóvenes a nivel local y distrital.

El “fenómeno de la violencia es muy complejo. Hay muchas causas, y están íntimamente relacionadas unas con otras y conllevan a la delincuencia en menores. En general se agrupan en biológicas, psicológicas, sociales y familiares. Por mencionar algunas se encuentran, trastornos de la conducta, algunos trastornos hormonales, trastorno antisocial de la personalidad y la desigualdad económica”³¹.

También es importante tener en cuenta el conflicto armado, puesto que no es una situación ajena a los centros urbanos y barrios marginalizados de la localidad. Bosa concentra en mayor proporción la población que fue victimaria y que en la actualidad es desmovilizada o reinsertada.

Tema Generador

En la localidad se fomentan escenarios de inclusión de los jóvenes para la construcción y vinculación a acciones organizativas y productivas

❖ El aumento de la conducta suicida en jóvenes causado por la ausencia de proyecto de vida y problemas en las relaciones intrafamiliares

El suicidio en Bosa es una problemática preocupante, debido al aumento presentado para el año 2012 con 570 casos notificados a SISVECOS. De esta manera, “los jóvenes con alto riesgo de suicidio pueden presentar rasgos tales como: ser solitario, aislado, replegado sobre si mismo, frecuente pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares”³².

Por otro lado, “se evidencia que los factores que tienen una relación significativa con el riesgo suicida son: el género, la funcionalidad familiar, variables psicológicas como depresión, ansiedad, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, decepciones amorosas, antecedentes familiares de intento suicida”³².

Dentro de los determinantes sociales que se pueden observar como predisponentes o factores de riesgo en la conducta suicida estén los problemas familiares, dificultades en el modo de vida, pautas





de crianza inadecuadas, maltrato, factores económicos, entre otros determinantes que pueden modificarse a través del acceso a un buen proceso terapéutico.

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo que se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones pasando por las amenazas, intentos hasta el suicidio propiamente dicho.

Tema Generador

La localidad promueve la construcción de proyecto de vida, brinda acompañamiento frente a la conducta suicida y mejora las relaciones intrafamiliares

2.1.2. ADULTEZ

La etapa de ciclo vital adultez comprende el rango de 27 – 59 Años. Al llegar a esta etapa el individuo ha acumulado una serie de potencialidades adquiridas en las etapas anteriores. Pero es importante decir que también se viven desafíos como el inicio de la vida laboral y su mantenimiento, o la independencia. Hacer parte de esta etapa en Bogotá, se relaciona de manera directa con la localidad en la que habita y por consiguiente con las dinámicas tanto sociales como económicas por las que está atravesando cada territorio.

Esta etapa es un momento importante en la existencia de la persona, es donde hay una mayor lucidez y desarrollo de todas las capacidades humanas, y es donde se define la realidad y el futuro familiar de la persona. Es por esto que veremos en esencia como en esta etapa se da la consolidación de la identidad y el comienzo de la realización del proyecto de vida.

Los núcleos problematizadores para esta etapa de ciclo vital son los siguientes:

- ❖ **Los habitantes de la localidad manifiestan falta de oportunidades laborales de calidad para la adultez, con presencia de empleos informales, mal remunerados y sin estabilidad**

Este núcleo agrupa las problemáticas observadas de pobreza, desempleo, trabajo informal, empleo ilegal, carencia de proyectos productivos, bajos ingresos en la población y dificultad para la adecuación o consecución de vivienda por parte de las y los habitantes de la localidad. Una de las particularidades de esta etapa es que los problemas que los afectan directamente afectan a otras etapas puesto que se relacionan con la constitución familiar que se reconoce como uno de los ejes fundamentales de la sociedad colombiana y en términos generales los adultos representan su eje.

Los trabajadores informales presentan baja remuneración, sin ningún tipo de contrato y no se encuentran afiliados al SGSSS (Sistema general de seguridad social en salud). Además de esto se están viendo afectados por los diferentes riesgos presentes en el área laboral. Los horarios y las múltiples tareas hacen evidente la fatiga y por ende la aparición de estrés laboral. Así mismo se ha evidenciado que los trabajadores están presentando lesiones laborales por quemaduras y cortaduras





en miembros superiores que en su gran mayoría se presenta en el género femenino y se encuentra asociada a la actividad económica en restaurantes.

De igual manera se evidencia que un 23,63% de las UTIS caracterizadas comparten el uso productivo con el habitacional. Los y las trabajadoras han tomado la decisión de convertirse en trabajadores/as informales, utilizando parte de su domicilio como local, pues refieren que pueden estar al cuidado de sus hijos, disminuir tiempos de desplazamiento, mejorar ingresos, entre otras.

Tema Generador

Formación y capacitación para el trabajo y el emprendimiento

❖ Estigmatización por identidad de género, orientación sexual y maltrato a la mujer

La violencia es entendida como toda acción que atenta contra la dignidad, la libertad y la integridad física y psíquica del ser humano, produciéndole sufrimiento, dolor o cualquier forma de limitación a su bienestar o al libre ejercicio de sus derechos.

En este sentido la exclusión social encuentra su más grave manifestación en las diferentes formas de violencia que se han reproducido a lo largo de los años en nuestro país consecuencia de las características sociales, políticas y económicas. En este núcleo problemático se agrupan las problemáticas de discriminación y las diferentes formas de violencia (física, psicológica, intrafamiliar, abuso sexual, entre otros), que tienen lugar en diversos contextos (social, cultural, político y económico), así como las formas de vulneración del derecho al libre desarrollo de la personalidad por pertenecer a un grupo o tener una condición particular. “La violencia de género deteriora o anula el desarrollo de las libertades y pone en peligro los derechos fundamentales de las mujeres, la libertad individual y la integridad física de las mujeres”³³.

La violencia contra la mujer es “la causa y a la vez, la consecuencia de la discriminación contra la mujer. Los estados tienen la obligación de respetar, proteger, promover y facilitar el ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho de la mujer a no ser discriminada, cuando esto no ocurre se ejerce y se exagera la violencia contra la mujer. Por ejemplo si los estados permiten que las leyes discriminatorias sigan en vigor, o si en las leyes no se consideran delito ciertas formas de violencia contra la mujer estos actos se cometerán con toda impunidad”³⁴.

Temas Generadores

Sensibilización y eliminación del estigma por identidad de género y orientación sexual

Promoviendo el buen trato para prevenir la violencia contra la mujer

2.1.3. VEJEZ

La etapa de ciclo vital vejez comprende las personas de 60 Años o más y tiene como eje central el reconocimiento de las personas mayores como actores importantes en el desarrollo de la localidad y





no solo como receptores de la respuesta de las instituciones a sus necesidades. Se trata de recuperar el saber de las personas mayores a favor del desarrollo local.

Con la introducción del decreto 345 de agosto 18 del 2010, se realizó el lanzamiento de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez que promulga los siguientes principios: Igualdad, diversidad y equidad. Por otro lado también se tienen se deben tener en cuenta las dimensiones que son: vivir como se quiere en la vejez, vivir bien en la vejez, vivir sin humillaciones en la vejez, envejecer juntas y juntos al igual que los ejes y líneas que la componen. Estos constituyen los ejes que orientan el desarrollo de núcleos y temas generadores en esta etapa del ciclo vital.

❖ **Maltrato hacia las personas mayores expresado como negligencia y abandono**

De las formas de violencia, la negligencia y el abandono en las personas mayores es una de las más representativas, concentrando la mayor cantidad de casos durante este momento de la vida. Para el caso de Bosa, esta situación puede estar relacionada con la composición familiar y a las condiciones económicas que ejercen presión sobre la comunidad.

“Estamos frente a una de las formas de violencia mas ocultas, se trata de la infligida a las personas de edad avanzada, grupo de población sumamente vulnerable. Los profesionales conocen su existencia, no obstante, existen grandes dificultades para su abordaje. La realidad es que no se le presta la necesaria atención, puesto que a menudo es más fácil creer que no existen que haber de afrontar aquello que puede llegar a ser una realidad extremadamente impactante y sumamente compleja”³⁵.

“Los expertos auguran que el numero de situaciones de malos tratos a los mayores irán en aumento a causa del progresivo envejecimiento de la población, de la esperanza de vida, del incremento de situaciones de dependencia física y psíquica y sobretodo por el mayor y mejor reconocimiento de los derechos de las personas mayores. No olvidemos los cambios sociales y culturales que incrementan la discriminación (edadismo) y la baja tolerancia, generando el resurgimiento de un fenómeno social y de salud como es el de los malos tratos hacia las personas mayores”³⁵.

Tema Generador

Humanizar el trato a las personas mayores de bosa a través de la familia

❖ **Necesidades de salud y atención de las personas mayores por enfermedades crónicas prevalentes en esta etapa de la vida**

En cuanto a las barreras de acceso, como condición que afecta a todas las etapas del ciclo vital, para la personas mayores representa un problema adicional en el sentido que se encuentran en una etapa en donde la presencia de enfermedades que se han hecho crónicas es mas frecuente. Aunque se han desarrollado acciones institucionales como la implementación de motos para la entrega de medicamentos a domicilio, el gran condicionante estructural, la ley 100 que limita la entrega de medicamentos en ocasiones de alto costo para las enfermedades presentes en este grupo.





HOSPITAL PABLO VI BOSA
Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa

Tema Generador

Fomentar la salud a través de programas para las personas mayores



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

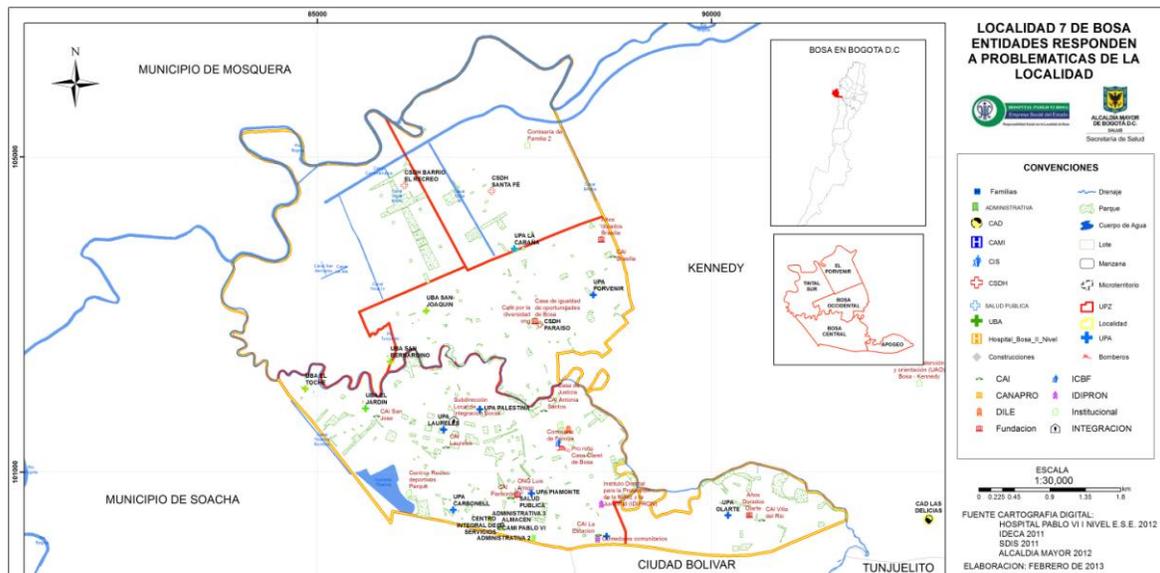


BOGOTÁ
HUMANANA

3. Análisis de la Respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud de la localidad

A continuación se describen y se analizan algunas de las acciones realizadas por los diferentes actores en la localidad (institucionales, intersectoriales y comunitarios) frente a las problemáticas evidenciadas en cada etapa del ciclo vital y de acuerdo a los núcleos problemáticos. En el mapa 5 se puede observar la distribución espacial de las instituciones que presentan respuestas a las necesidades existentes dentro de la localidad.

Mapa 5. Entidades que responden a la problemática. Localidad Séptima de Bosa. 2012



Fuente: Archivo cartográfico. Hospital Pablo VI. 2012

3.1 INFANCIA

- ❖ **Inadecuada alimentación en los niños y las niñas de la localidad, por dificultades de los cuidadores para brindarles los alimentos necesarios para que crezcan sanos y fuertes lo cual incide considerablemente en el perfil de morbilidad infantil de la localidad.**

La alimentación inadecuada en los niños y niñas de la localidad se ha venido trabajando en diferentes espacios locales. En el tema de la seguridad alimentaria y nutricional se han desarrollado diferentes acciones a nivel de la localidad tendientes a sensibilizar y educar a la comunidad en temas relacionados con la alimentación y la promoción de una alimentación saludable para niños,



niñas, madres gestantes en los diferentes ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, institucional, comunitario). Se llevaron a cabo 220 sesiones en asesorías individuales a niños y niñas de colegios, cubriendo más de 1.300 niños con tamizaje nutricional y educación en hábitos saludables, 116 sesiones colectivas con docentes de colegios de la localidad para educación en promoción de la alimentación saludable y 46 sesiones con docentes de jardines infantiles.

Por otro lado, se han identificado y canalizado niños y niñas con malnutrición y/o inseguridad alimentaria a Programas de Apoyo Alimentario o POS. También se ha implementado la estrategia “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia” (IAMI) en la ESE, la cual promueve, protege y apoya la práctica de la lactancia materna por medio de 5.164 consejerías individuales por nutrición en alimentación saludable en centros de atención de la ESE y 45 sesiones con madres FAMI, en promoción de la lactancia materna y alimentación saludable del menor de 2 años, 336 asesorías individuales en prácticas saludables, alimentación durante la gestación y promoción de la lactancia materna a familias gestantes de la localidad.

Adicionalmente desde SISVAN se realizan mensualmente las intervenciones epidemiológicas de campo a 64 menores con DNT global en las 5 UPZ de la localidad e incluye acciones de educación alimentaria y nutricional, signos de alarma y cuidados del menor y remisión a programas de Promoción y Prevención (PyP) (14.370 niños y niñas menores de 10 años con seguimiento en SISVAN). También se lleva a cabo canalización transectorial a casos de inseguridad alimentaria para gestionar la inclusión a programas locales de apoyo alimentario.

Por último se realizan acciones de crecimiento y desarrollo y consejería en el componente de salud oral junto con acciones resolutivas y de rehabilitación en la población infantil. Se realiza seguimiento a la cobertura en actividades de Promoción y Prevención (P y P), control de placa, detartraje supra gingival, aplicación de flúor y de sellantes mostrando a 2012, que se han incrementado las acciones de P y P en un 52% con respecto a años anteriores. En lactancia materna y alimentación saludable a niños y niñas se realizan acciones como la dispensación de micronutrientes (6.770 gestantes suplementadas con sulfato ferroso y ácido fólico y 5.092 niños y niñas menores de 12 años suplementados con sulfato ferroso y 2.795 suplementados con vitamina A).

A nivel intersectorial, la Alcaldía Local por medio del fondo de desarrollo local provee 2.230 bonos mensuales a hogares de bienestar familiar (HOBBIES), 1.904 bonos Familia Mujer e Infancia (FAMI), 545 bonos a hogares infantiles, 20 comedores financiados y 875 bonos para la gestante. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) ofrece programas de apoyo alimentario como hogares infantiles (613 cupos), centros de desarrollo integral, FAMIS y (1.101 cupos) HOBBIES (5.992 cupos) La Subdirección Local de Integración Social ofrece programas de apoyo alimentario como comedores comunitarios, canasta y bonos alimentarios. La Dirección Local de Educación (DILE) provee refrigerios (34.573) y almuerzos escolares (34.573) a los estudiantes (comida caliente).





Como escenario de participación comunitaria, se cuenta con el comité local de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el cual convoca a sectores y comunidad a un espacio de gestión, análisis y seguimiento local a la implementación de la política pública.

- ❖ **Presencia de diversos tipos de violencia (física, psicológica, intrafamiliar, abuso sexual, negligencia y abandono) contra los niños y niñas de la localidad los cuales afectan su desarrollo psicoactivo.**

Dentro de las acciones institucionales que se desarrollan para hacer frente a la violencia contra los niños y niñas de la localidad por parte de la ESE, en el CAMI se buscan y detectan casos para dar inicio al manejo psicoterapéutico de la y el menor afectado y su familia. También se realiza atención integral a los casos de violencia intrafamiliar, maltrato al menor, maltrato a la mujer y delitos sexuales en sus diferentes modalidades, coordinando las acciones pertinentes para modificar el funcionamiento intrafamiliar que permitan la aparición de las situaciones de maltrato y promoción de formas de relación basadas en el buen trato.

En la UPA Carbonell funciona el programa Bandera “Promoviendo el buen trato para mantener la Salud Mental” el cual esta encaminado a promover el buen trato y prevenir las violencias en la localidad a partir de talleres de pautas de crianza, solución de problemas y comunicación, entre otros. También se ofrece el paquete de intervención en crisis (el restablecimiento del equilibrio emocional del paciente y de su grupo primario de apoyo, reducción del volumen de hospitalización y evitar recaídas, brindar tratamiento de los usuarios con enfermedades orgánicas o funcionales en los que el factor psicosocial es altamente determinante).

En cuanto al trabajo infantil como forma de violencia y maltrato hacia la niñez, las acciones se desarrollan bajo el marco de la Política Distrital de Infancia en su componente: “Niños a la escuela, adultos al trabajo” y la intervención se reconoce como: “Trabajo Saludable”. El objetivo es avanzar en la garantía y ejercicio de los derechos de la infancia a través de la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil y a la garantía de las condiciones de salud de los mismos.

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, realizó intervención a 540 niños y niñas en las 5 UPZ de la localidad, donde se logró una cobertura de 100 espacios de sensibilización sobre la problemática del trabajo infantil y la desvinculación de 253 niños y niñas trabajadores.

Por último, se cuenta con el Programa bandera del centro de salud El Toche, en donde se fortalecen y diversifican acciones de acompañamiento extra-escolar y desvinculación laboral a través de la profesional en psicopedagogía del centro, con la implementación de servicios de salud colectiva con énfasis en infancia, la movilización de rutas de escolarización y las salidas pedagógicas de los niños y niñas que asisten al centro.

Desde el nivel intersectorial se reconocen acciones desde la mesa de trabajo infantil, en la cual participa ICBF, Subdirección local de Integración Social, DILE, Pro niño, Fundación niño de los





Andes y el Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE. En esta mesa se realizan canalizaciones de casos de niños y niñas.

Otro tipo de violencia, se presenta en las instituciones educativas por medio del matoneo escolar. Desde el Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, se promueve el programa “Escuela Libre de Matoneo”, en donde se desarrollan talleres de sensibilización a estudiantes y también el programa de salud escolar, el cual esta conformado por grupos gestores de salud mental en los colegios donde se prioriza esta problemática. Por último se realiza asesoría individual a estudiantes con riesgo psicosocial (tres sesiones de 3 horas cada una) en donde se han sensibilizado aproximadamente 1.200 estudiantes en temáticas de salud mental incluida la violencia escolar y se ha hecho intervención psicosocial para el manejo de situaciones de riesgo.

3.2 ADOLESCENCIA

- ❖ **El no abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en el adolescente es una problemática que esta directamente relacionada con embarazos tempranos no deseados.**

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE dio inicio a la implementación de la campaña "Yo tomo mis propias decisiones" como estrategia que se articuló con las acciones del ámbito escolar (Jornadas escolares) para abordar masivamente a la comunidad educativa con una cobertura de aproximadamente 6.000 estudiantes en los colegios. Las acciones que se desarrollan dentro de las instituciones son la entrega de material de prevención de embarazo a los y las adolescentes de las Instituciones Educativas Distritales (IED), entrega de un afiche con información de los servicios amigables para jóvenes y actividades lúdico - pedagógicas en el marco de la prevención de embarazo en adolescentes (dos juegos relacionados, el juego de la vida y concentresex) que resaltan aspectos relacionados con el proyecto de vida y con el uso adecuado de métodos de planificación familiar.

Más aún se realizan actividades de acompañamiento y asesoría técnica a las comunidades educativas para la promoción integral de la Salud Sexual y Reproductiva en donde se tenga en cuenta el desarrollo de habilidades y competencias específicas para la prevención del embarazo en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, así como del abuso sexual y las ITS (total 2.652). También se realiza capacitación a los equipos de contacto inicial y complementario (50 funcionarios capacitados) en “abordaje integral en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y jóvenes y servicios amigables”.

Para terminar, se ha realizado sensibilización y formación a adolescentes y jóvenes en torno al tema de la protección, higiene y seguridad en prácticas sexuales no heteronormativas (LGBTI) que no están contempladas dentro de los protocolos en salud.





❖ **En la localidad se presentan conductas autodestructivas en adolescentes como lo son fumar, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.**

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE y a través del convenio interadministrativo con el área de Desarrollo de Servicios de la Secretaría Distrital de Salud, oferta los servicios del paquete de atención integral al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes entre los 15 a 25 años. Esto de acuerdo a la prevalencia de consumo problemático, abusivo y dependiente de esta población. El Centro de Atención en Drogodependencias CAD Nuevas Delicias permite ofertar 60 cupos semestralmente en forma ambulatoria, buscando no desvincular al joven de sus procesos de desarrollo personal, familiar, social y productivo.

Frente al consumo de SPA se evidencia que de las 1.972 familias intervenidas dentro de los programas de atención psicosocial, 92 casos son de jóvenes consumidores siendo esta la etapa de ciclo vital con mayor prevalencia de consumo (60 son hombres y 32 son mujeres entre los 10 y 26 años).

En la UPA Palestina se tiene el Programa Bandera: “Pablito te da la mano” el cual fortalece su estrategia de atención frente al consumo de sustancias psicoactivas a través de la articulación con la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Iniciativa Bienestar Futuro de la Fundación Santafé de Bogotá. Se realizan procesos de formación de colaboradores y colaboradoras en estrategias de detección temprana, aplicación de pruebas tamiz y actualización de rutas de atención integral al usuario consumidor de sustancias psicoactivas, socializadas en los territorios saludables en las jornadas territoriales de salud. En el centro se atienden mensualmente 120 jóvenes.

Otras acciones que se realizan son el proyecto especial para la prevención del consumo de SPA en adolescentes y jóvenes, en donde se atiende por cobertura una población de 400 jóvenes. Por otro lado, se tienen las estrategias de la línea 106, la movilización de rutas frente a las violencias, conducta suicida y SPA.

A nivel intersectorial se realizan acciones de rehabilitación mediante la Fundación el Jordán que atiende a 60 jóvenes en tratamiento de drogo dependencia, la Fundación Niños de los Andes por su parte atiende 120 adolescentes y jóvenes en proceso de rehabilitación, el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON) atiende a 35 jóvenes en riesgo, habitantes de calle con problemas de consumo de SPA y la ONG Luis Amigo brinda una cobertura a 190 jóvenes y adolescentes vinculados al programa de prevención en consumo de SPA.

Se tienen otros espacios como la Mesa local para la mitigación y prevención en el consumo de SPA el cual es un espacio de articulación entre las instituciones en el tema de políticas públicas (220 adolescentes y jóvenes han sido acompañados en procesos comunitarios por la mesa en el 2012).



3.1 JUVENTUD

❖ **La violencia juvenil se presenta en la localidad por falta de oportunidades educativas y laborales, que repercute en la calidad de vida de ellos y de la comunidad**

En la UPA Laureles se viene ejecutando el programa bandera “Servicios Amigables para los Jóvenes”. Desde su implementación, se ha logrado el fortalecimiento de esta en términos de dotación, desarrollo y acciones integrales de atención al joven, la cual se extiende a la localidad a través de los servicios de salud colectiva.

Siguiendo con esta idea, la mesa local de barras futboleras se perfila como un espacio de articulación para la transformación del conflicto que es liderada por 20 jóvenes de los parches. La Alcaldía Local ofrece un proyecto productivo para adolescentes que pertenecen a las barras futboleras, contribuyendo de esta forma a mejorar las condiciones económicas de los y las jóvenes pertenecientes a estos grupos. Actualmente, están vinculados al proyecto 5 “parches” de barras futboleras, en donde hay una población de 15 jóvenes y adolescentes aproximadamente por parche.

Así mismo se han realizado caracterizaciones de la mesa de barras futboleras en donde se ha dado reconocimiento a los siguientes “parches”: los seguidores del equipo millonarios están el gallinero Bosa ubicado en el barrio Atalayas II, los locos Bosa se encuentran en el barrio la portada/tropezón, la Blue Rain Chicalá, barrio Chicalá, la 14 Bosa, en el barrio Holanda, el galpón, en el barrio Brasil, Brasiliazul, barrio Brasilia, los capitalinos, en Bosa linda, los atorrantes, barrio el tropezón, Bosazul, del barrio Bosa Nova. Dentro de las barras que apoyan al equipo de Santa fe se encuentran la academia D.C., El “parche” que apoya al equipo de América en ésta zona se hace llamar los pipas, del barrio Holanda.

Así como el consumo de SPA es una problemática importante para la adolescencia en la juventud es importante seguir haciendo énfasis en las acciones institucionales e intersectoriales para disminuir el consumo de dichas sustancias ya que se ha podido comprobar que éste tiene una relación directa con las diferentes formas de violencia.

En la Unidad de atención y orientación (UAO) Bosa - Kennedy se posiciona la divulgación de la ley 1448/2011 sobre la atención, asistencia y reparación integral a población víctima del conflicto armado. También es importante resaltar que en la localidad se encuentran tres organizaciones comunitarias (Café por la diversidad, Stop Colectivo y GRADES) que brindan acompañamiento a proyectos locales.

❖ **El aumento de la conducta suicida en jóvenes causado por la ausencia de proyecto de vida y problemas en las relaciones intrafamiliares**

Desde las intervenciones de SISVECOS se captan los datos correspondientes a los casos de ideación, amenaza e intento de suicidio, generando información oportuna, válida y confiable con el fin de dar cuenta del comportamiento epidemiológico de los mismos. Con estos datos se logra el



seguimiento de los casos, la prevención del suicidio, la promoción de factores protectores y la remisión a servicios de salud mental/sociales.

En el Comité de Salud Mental de la ESE se han realizado las reuniones programadas, garantizando la articulación del PDA y la socialización de casos de conducta suicida, el acompañamiento y abordaje de usuarios y sus familias y la promoción de la línea 106 para atención psicológica.

También se han desarrollado acciones de movilización de redes y centros de escucha en salud mental, con una cobertura de 1.397 participantes, donde se realiza el reconocimiento de necesidades y el fortalecimiento de la autonomía frente a los temas de prevención de accidentes, conducta suicida y prevención de las violencias. Se realizaron intervenciones psicosociales a usuarios y sus familias frente a eventos prioritarios en salud mental, generando una cobertura de 1.175 casos; sensibilizando a las familias frente a la importancia de la salud mental en el desarrollo de sus vidas; reconocimiento del proyecto de vida, mejora en las relaciones intrafamiliares, articulación para la atención en salud y canalizaciones de acuerdo a la pertinencia de la intervención.

3.2 ADULTEZ

- ❖ **Los habitantes de la localidad manifiestan falta de oportunidades laborales de calidad para la adultez, con presencia de empleos informales, mal remunerados y sin estabilidad**

Durante el 2012, se realizó caracterización e intervención a 1.232 unidades de trabajo informal. En el proceso de caracterización de las unidades de trabajo informal, se identificaron las siguientes actividades económicas: Expendio a la mesa de productos preparados en restaurantes, panaderías y cafeterías que corresponde a 712 unidades (58% de las unidades). En estas UTIS encontramos un gran índice de trabajadoras, quienes no se encuentran afiliadas al SGSSS y en su gran mayoría son madres cabeza de familia.

La intervención que viene realizando el Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, se denomina “Trabajo Saludable”. Las acciones se desarrollan bajo el marco de la Política para la Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras. El objetivo es avanzar en la afectación positiva de los determinantes de la relación salud-enfermedad de los y las trabajadoras y sus familias, mediante acciones que promuevan entornos saludables en los espacios laborales, así como la restitución del derecho a la salud en el trabajo y la seguridad social. Por medio de las asesorías a las unidades de trabajo informal, se busca generar en los trabajadores, condiciones seguras de trabajo y adecuados entornos laborales.

A través de la Estrategia “Ser Feliz”, se tiene como objetivo generar prácticas saludables de promoción y protección en las trabajadoras y los trabajadores de las UTIS, donde se realizan





acciones de actividad física, seguridad alimentaria, salud mental, salud sexual, salud oral, discapacidad y medio ambiente.

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, siempre se ha encargado de emplear personas de los sectores LGBTI como auxiliares de enfermería entre otros. También existe un cargo que esta dirigido específicamente para personas que hacen parte de esta población o con identidades de género u orientaciones sexuales no heteronormativas que es el cargo de promotor para el tema LGBTI.

A nivel intersectorial la Alcaldía Local, los proyectos que vienen por el fondo de inversión local que buscan vincular laboralmente a personas de los sectores LGBTI. Adicionalmente, la entidad cuenta con un convenio con la Secretaría de Desarrollo Económico, en donde se está impulsando el Proyecto Emprendedores, el cual busca generar procesos de fortalecimiento a microempresarios y organizaciones de emprendedores, con el propósito de hacer más eficiente, competitiva y dinámica su propuesta en el mercado, incrementar su capital de trabajo e ingresos y, a la vez, generar empleos de calidad. Por último, la Alcaldía Local cuenta con un banco de hojas de vida, a las cuales las instituciones pueden acceder para vincular laboralmente a la población de Bosa, según perfil requerido.

En la Subdirección Local de Integración Social, existe la Subdirección para asuntos LGBTI, en dónde básicamente emplean a un o una promotora para el tema LGBTI y en la Cooperativa casa nacional del profesor (CANAPRO) se llevan a cabo procesos de formación profesional y de validación de estudios de primaria y bachillerato, con lo cual algunas personas de los sectores LGBTI han tenido la oportunidad de formarse y así se espera que tengan mayores posibilidades de acceso al sector productivo.

La Secretaría de Desarrollo Económico ha venido adelantando esfuerzos en cuanto al tema en el comité de productividad, en donde se posicionan discursos asociados a un mejoramiento en las condiciones de empleo y trabajo de las y los adultos. La Casa de igualdad de oportunidades de Bosa realiza convocatorias laborales para mujeres, las cuales son socializadas en los siguientes grupos de trabajo: organización de mujeres, grupos de capacitación entre otros. El Consejo local de Discapacidad lleva a cabo convocatorias de diferentes instituciones que ofertan empleos para las personas con discapacidad.

❖ **Estigmatización por identidad de género, orientación sexual y maltrato a la mujer**

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, ofrece el servicio y apoyo profesional para las personas adultas que presenten necesidades en temas relacionados con: violencia intrafamiliar, duelos no superados, conducta suicida, entre otros. La atención a la persona adulta se denomina prioritaria y de control. La prioritaria, corresponde a dos visitas de los profesionales de salud mental de los territorios al domicilio del paciente y un contacto telefónico después de las visitas. La de control es aquella en las que se hace una visita al paciente y posteriormente se realizan dos llamadas telefónicas o seguimientos al caso. Estas visitas son caracterizadas de acuerdo a la gravedad del





suceso o situación del adulto a intervenir. Teniendo en cuenta estas visitas, se canaliza a las usuarias y usuarios a servicios sociales intersectoriales que se consideren necesarios.

Frente a la estigmatización por identidad de género se han realizado sensibilizaciones para cambiar la mentalidad del estigma por identidad de género y orientación sexual, mediante la Carroza Rosa de Bosa, que consiste en un recorrido de sensibilización-formación en torno a la disminución del estigma por identidad de género y orientación sexual, por UBAS, UPAS, CSDH, y demás puntos del Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE y también por diversos puntos de la Localidad como la Subdirección de Integración social, la Alcaldía Local de Bosa, la Personería de Bosa, algunos CAI y La Estación de Policía, entre otros.

Adicionalmente se cuenta con la línea técnica sobre el tema de identidades de género y orientaciones sexuales no heteronormativas, que consiste en estar formando y sensibilizando constantemente a las y los servidores públicos de la institución en el tema de la inclusión para las personas LGBTI. Adicionalmente, se lleva a cabo la socialización de la ley 1482/2011 (anti discriminación) en establecimientos como: peluquerías, salas de espera de UPAS y UBAS y sensibilización a equipos de territorios.

En cuanto a la estigmatización por identidad de género, se realiza el acompañamiento a personas y familias de los sectores LGBTI en dónde se habla del tema de los derechos, la inclusión y el rompimiento de estigmas para la inclusión de estas personas en distintos escenarios de la vida cotidiana, sin discriminación y con derechos. También se realiza, acompañamiento y direccionamiento en temas concernientes a la salud, ruta de atención en procesos de reasignación sexual para personas transgeneristas, y verificación y ruta de aseguramiento en salud para personas de los sectores LGBTI.

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE tiene dos programas bandera en donde se hace énfasis en inclusión de género, en la UPA Carbonell, "Promoviendo en buen trato para mantener la salud mental" donde se sensibiliza a través de la implementación de estrategias que promuevan el buen trato en la comunidad y brinden herramientas para fortalecer el proyecto y sentido de vida de las personas en sus diferentes etapas de ciclo vital, impactando sobre la prevalencia de violencia intrafamiliar y delitos sexuales. El segundo programa se desarrolla en la UPA San Bernardino, "Reconociendo las diferencias, creciendo en la diversidad" en donde se implementan acciones afirmativas frente a algunos grupos poblacionales (etnias, víctimas del conflicto armado y LGBTI).

Por otro lado a nivel intersectorial el DILE fortalece las pautas de crianza positivas y el empoderamiento de las mujeres y remite casos a otras instituciones para la prevención de casos de violencia contra la mujer. En la Casa de Justicia mediante el proyecto 931 "casa Refugio" se cuenta con la línea de intervención socio jurídica que contempla una abogada para mujeres víctimas de violencia.

La Casa de igualdad de oportunidades realiza intervención socio-jurídica especializada en casos de violencia contra la mujer, orientación psicosocial, orientación y acercamiento a la oferta institucional





del distrito, empoderamiento a las mujeres en el ejercicio de sus derechos, fortalecimiento a redes, grupos y organizaciones de mujeres, territorialización del plan de igualdad para la equidad de género y gestión para el posicionamiento de los derechos de las mujeres. El Comité local de mujer y género hace parte de un espacio donde se posiciona la política de mujer y género y se plantea llevar a cabo la transversalización del enfoque de género.

La Comisaría de Familia realiza actividades de prevención, garantía, protección, restablecimiento y reparación de los derechos de los miembros de la familia, vulnerados por situaciones de violencia intrafamiliar y las demás establecidas por la ley. La Personería Local acompaña los procesos que involucran a la población en situación de desplazamiento en sus fases de abordaje y gestión de casos y la Defensoría del pueblo complementa las acciones de abordaje psicosocial con el acompañamiento jurídico-legal.

3.3 VEJEZ

❖ **Maltrato hacia las personas mayores expresado como negligencia y abandono**

Desde el Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, se vienen desarrollando acciones de posicionamiento del enfoque poblacional y de ciclo vital, evidenciando las necesidades de esta etapa y la forma como se pueden satisfacer las mismas, haciendo uso de los módulos construidos de apropiación conceptual. También se socializa la política en diferentes escenarios como: el CLOPS y el grupo de líderes y lideresas de actividades recreativas (35 personas).

La Subdirección Local de Integración Social brinda atención integral a familias, cuidadoras y cuidadores en los centros de respiro, donde se hace acompañamiento psicosocial con la intervención de un equipo interdisciplinario que mediante sus acciones contribuyen al ejercicio pleno de los derechos y mejora la calidad de vida de la población beneficiaria. Este servicio va dirigido a todos los ciclos vitales, pero prioriza los casos en que el cuidador o la cuidadora son personas mayores. Así mismo, se brinda un bono alimenticio (máximo 6 meses) que contribuya a cualificar su calidad de vida, dependiendo la condición de la familia y, el bono permanente para cuidadores que no tengan ningún ingreso económico y cuya persona con discapacidad requiera apoyo extenso o generalizado en las ABC (actividades básicas cotidianas).

Frente al abandono de las personas mayores se manejan proyectos para la protección y cuidado de esta población como lo son el Proyecto 730 “Alimentando Capacidades” desarrollado por La Subdirección Local de Integración Social que promueve el desarrollo de habilidades y apoyo alimentario para superar condiciones de vulnerabilidad. Por otro lado, presta atención integral a familias en inseguridad alimentaria y nutricional a través de canastas complementarias, dando prioridad a personas mayores sin redes sociales o familiares activas y personas mayores con niños.





Otro proyecto que se tiene es la entrega de prótesis dentales, el cual tiene como objetivo restaurar la fonación, funcionalidad y estética a los pacientes edentulos parciales y totales, haciendo entrega de 615 prótesis a esta población.

Por último, en cuanto a las organizaciones comunitarias identificadas, están Años Dorados Brasilia (60 a 80 personas de la UPZ 84) y Años Dorados Olarte (120 personas de la UPZ Apogeo). En estas organizaciones se generan lazos vecinales, mediante las actividades que se realizan a nivel grupal. Las personas mayores realizan actividades diferentes a las cotidianas, brindando alternativas diversas para el aprovechamiento del tiempo libre.

❖ **Necesidades de salud y atención de las personas mayores por enfermedades crónicas prevalentes en esta etapa de la vida**

El Hospital Pablo VI Bosa a nivel ESE ofrece programas enfocados a las necesidades de salud de las personas mayores. Los programas han logrado una muy buena acogida por parte de la comunidad y dentro de estos se encuentran los servicios de salud colectiva para éste grupo poblacional con adherencia a crónicos. También están los servicios de salud individuales que atienden a los grupos comunitarios conformados en los territorios, con el fin de eliminar barreras de acceso y brindar una atención en salud mucho más humana y de mejor calidad. Otro espacio que se genera para éste grupo poblacional son los talleres de Crónicos “Amigos de Pablo VI”, en donde se reúnen las personas mayores una vez al mes y se trabajan hábitos saludables (se realiza actividad física y charlas educativas).

Para terminar se manejan dos programas bandera en la ESE, que benefician la atención de personas mayores, el Programa Bandera Upa Olarte que provee atención en Medicina alternativa y terapias alternas (moxibustión, terapia neural, auriculoterapia y acupuntura). El segundo programa bandera esta en la UPA Porvenir, “Velando por el Porvenir de la Comunidad de Bosa: Acciones de promoción de hábitos saludables en la población de ciclo vital persona mayor” que realizan actividades semanales en áreas de nutrición, acondicionamiento físico y generación de espacios libres de humo. Las actividades que se dan en cada una de las asesorías son: clases de cocina, realización de ejercicios y estrategias de cómo hacer que las personas de la familia que fuman, abandonen este hábito.

Por otro lado a nivel intersectorial el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) mediante el programa personas saludables y activas liderado por los profesores de actividad física tiene como objetivo concientizar y aumentar la participación de las personas mayores en actividades que preserven y mejoren su condición física y mental, disminuyendo las alteraciones producidas por el envejecimiento, lo cual redundará en beneficio de la salud, bienestar integral y la calidad de vida. Otra actividad es el programa la escuela de danzas liderada por los profesores en los centros recreo - deportivos. Por último esta la estrategia “Viviendo a través del juego: Juegos y actividades recreativas y deportivas”, donde se estimula la creatividad y se resaltan las competencias sociales y





los valores de la cooperación, la tolerancia, el respeto, la sana competencia, la integración, colaboración, el trabajo en equipo y el aprendizaje entre los participantes.



4. Propuestas de respuesta y Recomendaciones

El componente de Gestión y Análisis de Políticas viene apoyando el desarrollo de actividades en la localidad de Bosa, con el fin de fortalecer y promover procesos de movilización social para el desarrollo de la autonomía de las comunidades. Dentro de éste contexto, ha venido generando acciones tendientes a la construcción de una mirada compleja que reconozca tanto las necesidades como las potencialidades de las comunidades que viven en Bosa, que vaya más allá de la identificación de la necesidades de la comunidad y tenga en cuenta las potencialidades de las poblaciones y sectores en todas y cada una de las UPZ de la localidad.

Durante el año 2012, se realizaron múltiples actividades encaminadas al fortalecimiento de la lectura de realidades desde los niveles institucional, intersectorial y comunitario. Una vez obtenido este insumo se realiza el análisis de las acciones desarrolladas en los tres niveles mencionados anteriormente, para posteriormente proceder con la formulación de propuestas de respuesta adelantadas con el equipo de gestión de políticas.

En este orden de ideas, se desarrollaron lecturas de necesidades en un nivel local, abierto a la comunidad, que tuvo en cuenta a todos y todas las participantes de las diferentes poblaciones y temas que se hacen presente desde las formas de organización local para identificar las potencialidades y necesidades. Este ejercicio ha convocado desde una perspectiva de los derechos (que abarca desde la óptica del sector salud a las diferentes poblaciones, PDA y transversalidades) a un gran número de comunidades organizadas y a población en general en espacios masivos de encuentro.

Adicional a lo anterior, se crearon espacios más pequeños llamados equipos territoriales que congregaban a representantes por territorio de cada uno de los enfoques, poblaciones, sectores y temas (infancia, juventud, adultez, persona mayor, discapacidad, genero mujer y LGBTI, desplazamiento, trabajo, entre otros) para refinar las lecturas más amplias e incluir y aclarar los temas específicos que se escapaban a las miradas masivas.

A continuación se presentan las propuestas de respuesta por etapa de ciclo vital y componente:



4.1 INFANCIA

La localidad contribuye a una alimentación de calidad para el desarrollo de los niños y las niñas

En la respuesta institucional se van a continuar realizando tamizajes nutricionales y educación en hábitos saludables en colegios de la localidad para la promoción de la alimentación saludable y la vigilancia de los eventos SISVAN y las acciones que se realizan de seguimiento a los casos identificados mediante las notificaciones. (ampliar la cobertura en las investigaciones de campo para los menores de cinco años y las gestantes). También se va a continuar con sensibilizaciones al personal asistencial sobre evaluación de la infancia por medio de los talleres de medidas antropométricas con patrones OMS.

Para una alimentación de calidad para los niños y las niñas de la localidad, se propone seguir con el programa de apoyo alimentario de la Subdirección Local de Integración Social, ampliando las coberturas del mismo y suplir la demanda local. Realizar un fortalecimiento de las redes de pequeños productores locales y ciudad región que producen alimentos sanos, limpios, naturales y orgánicos y de redes locales de consumidores responsables, informados para el consumo de alimentos saludables. Por otro lado se tiene planeado seguir con las estrategias intersectoriales que se vienen implementando de manera exitosa en la localidad como la de “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia” (IAMI), bonos mensuales hogares de bienestar familiar (HOBBIES), bonos Familia Mujer e Infancia (FAMI), bonos hogares infantiles y bonos para la gestante.

La comunidad propone que se deberían realizar acciones informativas de promoción de hábitos de vida saludable para todas las etapas de ciclo en los espacios en que se desenvuelven a diario, siguiendo con los apoyos alimentarios como lo son el bono a la gestante y la ampliación de los comedores comunitarios.

Comprometidos en la infancia con cero tolerancia al maltrato físico, verbal, psicológico y sexual en esta etapa.

En respuesta al núcleo se plantea fortalecer la identificación y notificación de todos los casos de maltrato infantil en todas sus formas (físico, verbal, psicológico y sexual) en el Hospital Pablo VI Bosa ESE I nivel ESE, garantizando cobertura de abordaje de todos los casos, con acciones de atención integral y de protección a los niños y niñas evitando nuevas situaciones de violencia. Así mismo continuar las acciones desarrolladas dentro del programa bandera “Promoviendo el buen trato para mantener la Salud Mental”. También se plantea trabajar en equipos multidisciplinarios con el fin de transformar la mentalidad y los imaginarios de los padres de familia con respecto a los patrones de crianza.





Con respecto al nivel intersectorial se van a seguir fortaleciendo las acciones conjuntas del Comité Local de Infancia y adolescencia/Red del buen trato (COLIA), ya que es necesario seguir realizando acciones de prevención, protección y garantía de los derechos del niño y la niña. Por otro lado, se espera fortalecer la articulación con la Comisaria de familia I y la Policía, con el fin de endurecer las sanciones a los padres de familia por situaciones de violencia y las demás establecidas por la ley.

Por último, se proyecta promover el fortalecimiento de escenarios donde se realizan acciones colectivas de promoción del buen trato que sensibilicen a la comunidad y movilicen a los actores hacia la notificación de eventos de violencia en espacios como el COLIA, en donde se ha logrado consolidar un grupo importante de participantes de la comunidad en plantones para el rechazo de casos de violencia en contra de los niños y las niñas. En este sentido, se pretende aumentar la identificación y notificación comunitaria de casos de maltrato infantil.

Por una localidad libre de trabajo infantil y de matoneo se fortalecen lazos de convivencia en la comunidad

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE continuará realizando intervenciones a niños y niñas con espacios de sensibilización sobre la problemática del trabajo infantil y la desvinculación de los mismos de cualquier actividad laboral. De igual forma se va a promover promoviendo el programa “Escuela Libre de Matoneo”, en donde se desarrollen talleres de sensibilización a estudiantes.

Desde el nivel intersectorial se debe continuar participando en la mesa de trabajo infantil donde se reconocen acciones conjuntas de diferentes organizaciones a nivel local con la finalidad de erradicar el trabajo infantil. Las instituciones que conforman éste espacio son ICBF, Subdirección local de Integración Social, DILE, Proniño, Fundación Niño de los Andes y el Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE. También se busca mantener convenios con organizaciones e instituciones como el SENA para fortalecer y aumentar los procesos de formación en los niños y niñas trabajadores que permita llevar a cabo acciones de desvinculación. Adicionalmente, se espera propiciar el desarrollo de actividades extra – escolares que impidan la vinculación laboral en el tiempo libre. Se propone articulación con otros sectores para gestionar proyectos que beneficien a los niños y niñas trabajadores, en donde desarrollen habilidades que incidan positivamente en su proyecto de vida.

Tanto para los casos de maltrato infantil como de matoneo que se vienen presentando en la localidad, la comunidad plantea que se sigan realizando marchas para rechazar de manera enérgica este tipo de eventos y así lograr despertar la solidaridad de toda la comunidad.



4.2 ADOLESCENCIA

Se fortalece acompañamiento y asesoría técnica a las comunidades educativas para la promoción integral de la Salud Sexual y Reproductiva con sexualidad plena, segura y responsable para adolescentes.

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE va a continuar con la estrategia institucional “yo tomo mis propias decisiones” para fortalecer con los y las adolescentes la toma de decisiones frente a la salud sexual y reproductiva puesto que esta estrategia ha tenido una gran receptividad por parte de los adolescentes. Se va a continuar con la estrategia “¿Bebé? Piénsalo bien” dicha estrategia tiene como objetivo formar a los y las adolescentes en salud sexual y reproductiva a través de una metodología vivencial, con el uso de bebés robot que simulan de manera real el comportamiento, características físicas, emociones y necesidades de un bebé de un mes de nacido. Con esta metodología se espera que los adolescentes de la localidad reflexionen acerca de cual es el momento adecuado para convertirse en padres o madres y de la importancia de adoptar medidas de protección para el control de la natalidad.

Otra estrategia exitosa es el árbol de la vida, también implementada por el Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, en donde se capacita a los estudiantes en el tema de la salud sexual y reproductiva responsable y formación de derechos sexuales y reproductivos a la cual se le va a dar continuidad.

A nivel intersectorial se seguirá implementando la estrategia “mil artistas por la salud”; en la cual se sensibiliza a los jóvenes en el tema del embarazo en adolescentes a través de obras de teatro y formación en proyectos de vida (convenio entre el sector salud y la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte).

Por parte de la comunidad, falta generar mayor concientización frente al tema del embarazo adolescente y a la búsqueda de apropiación por parte de las familias de los temas de salud sexual y reproductiva, brindando a los adolescentes la orientación adecuada.

La localidad trabaja por la prevención del consumo de spa y la rehabilitación de los adolescentes consumidores

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE avanzara con el fortalecimiento de atenciones del CAD de las delicias brindando paquetes de atención integral al consumo de sustancias psicoactivas y programas de atención psicosocial, orientando la implementación del programa para la mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en algunos jóvenes en contexto de fragilidad social. Además se va a continuar con el programa Bandera: “Pablito te da la mano” con acciones que buscan la prevención del consumo de SPA.



A nivel intersectorial, se da respuesta a la rehabilitación de los adolescentes consumidores por medio de instituciones que atienden esta problemática a nivel local (la Fundación el Jordán, la Fundación Niños de los Andes, IDIPRON y la ONG Luis Amigo). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos y las acciones desarrolladas no se alcanza a dar el cubrimiento total y se debe buscar ampliar la cobertura para la atención de los casos de consumo. En la Mesa Local para la Mitigación y Prevención en el Consumo de SPA se conservaran los espacios de articulación entre las instituciones para dar respuesta al tema de SPA.

Por último la comunidad propone promover la formación de grupos gestores en las instituciones educativas, para el fortalecimiento en temas de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, toma de decisiones y prevención de violencia escolar, el aumento en la cobertura de acciones de prevención selectiva de consumo de SPA, a través del manejo adecuado del tiempo libre.

4.3 JUVENTUD

En la localidad se fomentan escenarios de inclusión de los jóvenes para la construcción y vinculación a acciones organizativas y productivas

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, mantendrá el programa bandera “Servicios amigables para los jóvenes”, con acciones integrales de atención al joven que se extenderán a la localidad a través de los servicios de salud colectiva.

A nivel intersectorial la mesa local de barras futboleras es un espacio de articulación para la transformación del conflicto y por lo anterior es importante seguir manteniéndolo como un eje de solución a la violencia presentada por las barras. Otras acciones para la vinculación a acciones organizativas y productivas las desarrolla el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud con la atención integral a jóvenes pandilleros y pandilleras. Se propone seguir vinculando a estos espacios locales a la juventud y trabajar de manera conjunta por las necesidades de esta población. Como se ha manifestado en diferentes espacios, los jóvenes también quisieran tener actividades que les permitan expresar y manifestar sus problemáticas y su sentir frente a diferentes situaciones que viven en el diario vivir.

Por parte de la comunidad se propone el aumento en la cobertura de las acciones colectivas de prevención de violencias en jóvenes, dirigido a docentes y padres de familia fomentando igualmente el desarrollo de acciones de convivencia y prevención de violencia por “bullying”, barras futboleras entre otros. También se pretende lograr la promoción de acciones de convivencia que vayan de la mano con el manejo adecuado del tiempo libre para los jóvenes.





La localidad promueve la construcción de proyecto de vida, brinda acompañamiento frente a la conducta suicida y mejora las relaciones intrafamiliares

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE, pretende mantener la articulación de SISVECOS con la intervención psicosocial para permitir velar porque los usuarios con conducta suicida interioricen los cambios que requiere para su salud mental y darles un acompañamiento más completo. Se propone aumentar el porcentaje a un 100% de remisión efectiva a procesos psicoterapéuticos de los casos valorados. Así mismo se busca fortalecer los datos de contacto para los usuarios notificados con el fin de lograr una intervención adecuada e integral para los casos y propender por disminuir las barreras de acceso para los usuarios cuando requieren acceder a los servicios de salud mental. Aumentar los programas que se enfoquen en mejorar las condiciones sociales de la población de la localidad de manera tal que se prevengan las ideaciones suicidas.

A nivel intersectorial se busca aumentar el posicionamiento de la línea 106 para el apoyo a personas en crisis. En cuanto al fortalecimiento del proyecto de vida, la Casa de Igualdad de Oportunidades para la Mujer desarrolla, difunde y promueve las experiencias, saberes, necesidades e intereses de las mujeres enfocadas al derecho a un trabajo en condiciones de igualdad y dignidad. Desde la Dirección Local de Educación se va a continuar coordinando el desarrollo de los procesos de solicitudes de cupos escolares, legalización y atención a peticiones ciudadanas. El Hospital de Bosa II nivel aumentará los servicios asistenciales dirigidos a pacientes con distintas patologías psíquicas que reciben.

A nivel de la comunidad se tiene la necesidad de posicionar dicho evento en la localidad como una problemática que debe ser tenida en cuenta, explicando a la comunidad el impacto que tiene la salud mental en la vida de las personas. Por tal razón, se propone generar campañas de sensibilización con la comunidad como se ha realizado en el COLIA/Red del buen trato.

4.4 ADULTEZ

Formación y capacitación para el trabajo y el emprendimiento

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE considera importante continuar con el acompañamiento y el fortalecimiento a iniciativas productivas, desde diferentes áreas del PIC y la construcción de redes y alianzas institucionales y con el sector privado para la generación de recursos que permitan desarrollar las iniciativas productivas de las y los adultos. Se debe dar continuidad al proyecto de red de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad severa ya que es una fuente de empleo para la comunidad. Se plantea desarrollar un trabajo conjunto con los otros sectores para construir una base de datos en la cual se registren las mujeres beneficiarias de los proyectos productivos en la localidad. Se propone la asignación de recursos para proyectos productivos a trabajadores





informales. Por último, es necesario fomentar la búsqueda de espacios en dónde se aborde el tema de la productividad y acceso al sector productivo.

Se debe continuar el ejercicio intersectorial desde el comité de productividad que implique el posicionamiento de discursos asociados a un mejoramiento en las condiciones de empleo y trabajo de las y los adultos. Además el crear una intervención donde se sensibilice al empresario para la vinculación del adulto de 35 a 50 años con instituciones como el Instituto Para la Economía Social (IPES) y la Secretaria de Desarrollo Económico. Se propone la conformación de la mesa local de adultez que involucre a diferentes sectores que se comprometan a desarrollar acciones que apunten al cumplimiento de la política y den respuesta a las necesidades de esta población.

Por parte de la comunidad se propone crear espacios de capacitación en el manejo de microempresas productivas que lleguen a ser fuente de ingresos para el núcleo familiar, mejorando de esta forma las condiciones de vida de la misma.

Sensibilización y eliminación del estigma por identidad de género y orientación sexual

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE llevará a cabo procesos de formación específicos sobre la sexualidad de las personas de los sectores LGBTI: 1. Autoestima y reconocimiento de sexualidades diversas 2. Sexualidades no heteronormativas, prácticas sexuales seguras y diversas. 3. Protección en relaciones sexuales no penetrativas pero igualmente de riesgo. Por otro lado se van a realizar cine foros, centros de escucha y servicios de salud colectiva con jóvenes y padres de familia, que permitan abordar temas importantes como la diversidad sexual, pero sobretodo, la inclusión en los procesos familiares y sociales.

Entablar diálogos en espacios como la familia y la escuela y sensibilizar en torno al tema de las identidades de género y las orientaciones sexuales no heteronormativas, con la finalidad de crear conciencia y despatologizar a las personas de los sectores LGBTI, para así disminuir la discriminación y generar mayores oportunidades de acceso a espacios educativos y laborales. Posicionar la Política Pública LGBTI en diversos espacios locales, lograr disminuir las violencias a través de procesos de formación y sensibilización especialmente en las instituciones educativas.

Promoviendo el buen trato para prevenir la violencia contra la mujer

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE plantea fortalecer la identificación y notificación de todos los casos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, aumento en el abordaje de los mismos en donde se garanticen acciones de atención integral evitando nuevas situaciones de violencia. También se busca aumentar la cobertura de escenarios donde se realizan acciones colectivas de promoción de buen trato que sensibilicen a la comunidad y movilicen a los actores hacia la notificación de eventos de violencia. Fortalecimiento de acciones de respuesta comunitarias en la promoción del buen trato.

Se plantea la formulación de nuevos proyectos y programas para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en la mesa local de sexualidad y género que se van a radicar en la Alcaldía Local, esperando que se ejecuten en beneficio de las mujeres de Bosa. Adicionalmente, se





espera conformar el Consejo de Seguridad para las mujeres en la localidad y continuar velando por la restitución y re-significación de los derechos desde el Comité Operativo Local de Mujer y Género.

Para terminar se debe continuar con el fortalecimiento a la movilización de la comunidad mediante el conocimiento de sus derechos en salud mental, de tal manera que las personas adultas puedan exigirlos de acuerdo a sus necesidades.

4.4 VEJEZ

Humanizar el trato a las personas mayores de Bosa a través de la familia

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE se compromete a aumentar la identificación, notificación, cobertura y abordaje de casos de negligencia y abandono en la persona mayor que garanticen además las acciones de atención integral y el posicionamiento de acciones de protección para el ciclo vital evitando que se presenten nuevas situaciones de violencia. También se plantea fortalecer las acciones colectivas desde el programa bandera “Promocionando el Buen Trato” con un enfoque diferencial para esta población.

A nivel intersectorial se busca promover desde la Subdirección de Integración Social la creación de programas que se enfoquen en la conservación y recuperación de las tradiciones culturales de las personas mayores socializándolas a la comunidad para posicionarlas en la localidad.

Se planea la realización de actividades recreativas en las cuales se involucre a la familia para resaltar el rol que juega la persona mayor dentro de la familia y brindarle el reconocimiento y el trato humanizado como miembros que poseen una sabiduría que se ha acumulado a través de los años.

Fomentar la salud a través de programas para las personas mayores

El Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE proyecta identificar necesidades sentidas por las personas mayores desde los equipos de salud oral. Adicionalmente, se proyecta crear programas en los cuales se trabaje con población mayor de 60 años enfocados a la priorización de personas mayores con discapacidad. Se tiene programada la creación de proyectos de agricultura urbana que promueva la fitomedicina y recuperación de tradiciones culturales de ésta población.

A nivel intersectorial se propone la vinculación de actores transectoriales no sólo de manera anual sino mensual a las acciones diferenciales del programa, que posibiliten una cobertura más amplia para esta población en términos de acceso a servicios de bienestar social.

Por último se promueven iniciativas comunitarias las cuales deben contener temas de sensibilización para el reconocimiento de las diferentes tradiciones culturales por medio de talleres que promuevan el respeto.





REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS [Internet] Ginebra: 2013 [citado 2 de Abril 2013] Disponible en: <http://www.who.int/es/>
2. Secretaria Distrital de Salud [Internet] Bogotá: 2013 [citado 20 de Abril de 2013] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Style%20Library/default.aspx>
3. Lip, C & Rocabado, F. Determinantes Sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la salud N 17.2005.
4. Donny, M. Género, desplazamiento, derechos [Internet] Bogotá [citado 10 de Abril 2013] Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf>
5. Cobo, Bedia, R. Educar en la ciudadanía: Perspectivas feministas. Madrid. Los libros de la catarata; 2009.
6. Arnal, J. Investigación educativa: Fundamentos y metodología. Barcelona: Labor. 1992.
7. Habermas, J. Conocimientos e interés en ciencia y técnica como ideología. Madrid: Tecnos; 1986.
8. Estrada, Á. M. Recursos crítico-interpretativos para la psicología social. (U. d. Mesa Grupo de Psicología Social Crítica, Ed.) 19 (2). 2010.
9. Taylor, S. Bogdan, R. Introducción a la observación participante. Capitulo 2. Barcelona: Paidós; 1992.
10. Ministerio de la Protección Social [Internet] Bogotá: 2010 [citado 15 de Abril 2013] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20I--Caracter%20de%20las%20condiciones%20de%20vida%20de%20la%20población%20colombiana.pdf>
11. Calero, E. R. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Edit: DAE, S.L. 2000.
12. Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE. Diagnóstico Línea de transporte y energía. 2007.
13. Hospital Pablo VI Bosa I nivel ESE. Diagnóstico Local con participación social 2009-2010 [Internet] Bogotá: 2010 [citado 12 de Noviembre 2012] Disponible en: http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/pagina/index.php?option=com_remository&Itemid=72&func=filinfo&id=417
14. Mesa Ambiental Local MAL. Boletín Ambiental Comunitario No. 1. Junio de 2009.
15. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Hacienda, Departamento Administrativo de Planeación. Recorriendo Bosa: Diagnóstico Físico y Socioeconómico de las localidades de Bogotá, D.C. [Internet] Bogotá: 2004 [citado 10 de Abril 2011] Disponible en:





http://impuestos.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet_sdh/publicaciones/Est_fis_pub/localidades_est_pub/RECORRIENDO_BOSA.pdf

16. Secretaria Distrital de Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos 2011. Localidad Séptima de Bosa.

17. Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial [Internet] Bogotá: 2007 [citado 10 de Abril 2013] Disponible en:http://camara.ccb.org.co/documentos/2229_perfil_economico_de_bosa.pdf

18. Secretaria Distrital de Salud: Equipo ASIS. Taller de construcción de núcleos problemáticos. 2013.

19. Naciones Unidas: Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet] Suiza 1948 [citado 29 de Abril 2014] Disponible en: www.un.org/es/documento/udhr/

20. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011 - 2021 [Internet] Bogotá 2008 [citado 29 de Abril 2014] Disponible en: www.paho.org/cor/

21. Documento Técnico de la Situación en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) [Internet] Bogotá 2012 [citado 28 de Abril 2014] Disponible en: www.osacolombia.go.co/doc/Documento_tecnico_situacion133220313.pdf

22. Chaux, E. Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. Revista de estudios Sociales. Universidad de los Andes, 2003 ;015: 47-58.

23. Gómez, S. Maltrato infantil: un problema multifacético. Revista Latinoamericana de psicología. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. 1988; 20 (2) 149-161.

24. Torrado, M.C. Retos para las políticas de primera infancia. Colección CES, UN Observatorio sobre infancia, Universidad Nacional de Colombia. 2009.

25. Hospital Pablo VI Bosa I nivel. "Tipos de violencia". Comité de vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM). 2012

26. American Psychological Association [Internet] Washington DC. 2014 [citado 28 de Abril 2014] Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia.aspx>

27. Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes en America Latina: incorporando la perspectiva de derechos humanos en las inversiones de Salud Pública [Internet] Estados Unidos. 2011 [citado 27 de Abril 2014] Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTLACRECREGTOPHEANUTPOP/Resources/832436-1363200877627/Informe_SSR_FINAL.pdf





28. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia [Internet] Bogotá. 2013 [citado 25 de Abril 2014] Disponible en: www.descentralizadrogas.gov.co/Portals/0/Estudio%20Consumo%20adolescentes.pdf
29. Informe Mundial de la Juventud: La juventud y migración 2013 [Internet] Estados Unidos. 2012 [citado 26 de Abril 2014] Disponible en: www.un.org/es/globalissues/youth/
30. Hospital Pablo VI Bosa I nivel. "Inseguridad". Comité de vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM). 2012
31. Cañon, S.C. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de medicina. 2011. 11 (1) 62-67.
32. Causas de la Violencia juvenil [Internet] Bogotá 2010 [citado 25 de Abril 2014] Disponible en: violencia-juvenil.vacau.com/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=25
33. Centro Aragonés de tecnologías para la educación [Internet] España. 2014 [citado 26 de Abril 2014] Disponible en: [www.catedu.es/pensamiento_complejo_images/stories/art%EDculo%20violencia%20g%E9nero%20curso%20ciudadan%EDa%20\(ana%201%F3pez\).pdf](http://www.catedu.es/pensamiento_complejo_images/stories/art%EDculo%20violencia%20g%E9nero%20curso%20ciudadan%EDa%20(ana%201%F3pez).pdf)
34. Naciones Unidas [Internet] Estados Unidos 2006 [citado 25 de Abril 2014] Disponible en: www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf
35. Tabueña, C.M. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. Intervención psicosocial. 2006. 15 (3). 275-292

